

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1964 - N° 139

INTÉRÊT DE L'ÉLECTROCHOC

en 1964

THÈSE

présentée à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON
et soutenue publiquement
le 29 juin 1964
pour obtenir
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Abdelali CHEBANI

né le 6 novembre 1937 à Essaouira - MAROC

Année 1964 - N° 139

INTÉRÊT DE L'ÉLECTROCHOC

en 1964

THÈSE

présentée à la Faculté mixte de Médecine
et de Pharmacie de LYON
et soutenue publiquement

le 29 juin 1964

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Abdelali CHEBANI

né le 6 novembre 1937 à Essaouira - MAROC

RECHERCHES SUR LA
ANATOMIE DE LA
SÉRIE DE LA
SÉRIE DE LA

RECHERCHES SUR LA

ANATOMIE DE LA

ANATOMIE DE LA

RECHERCHES SUR LA

ANATOMIE DE LA

ANATOMIE DE LA

ANATOMIE DE LA

ANATOMIE DE LA



ANATOMIE DE LA

ANATOMIE DE LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires

M. LEPINE J., Membre de l'Institut.

M. HERMANN H., Correspondant de l'Institut.

Doyen : J.-F. CIER.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT, L. REVOL.

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

Professeurs

MM. CIBERT	Clinique urologique.
PONTHUS	Physique biologique.
(détaché à Beyrouth).	
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique.
POLLOSSON	Clinique gynécologique.
PIGEAUD	Clinique obstétricale.
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale.
NETIEN	Botanique et cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie.
ROCHE	Médecine légale et déontologie.
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audiophonologie.
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique.
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie.
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie.
CREYSSEL	Chaire de clinique chirurgicale orthopédique et traumatologie.
DARGENT	Clinique carcinologique.

GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale.
LATARJET	Anatomie.
PEYCELON	Pathologie chirurgicale.
GIRARD Marcel	Thérapeutique.
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON	Radiologie.
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
MONNET	Bactériologie.
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales.
CHATONNET	Physiologie B.
GUINET	Clinique endocrinologique.
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique.
FREIDEL	Clinique stomatologique.
MARION Jseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique.
DUMONT Louis	Histologie et embryologie.
PERROT	Chimie.
CIER J.-F.	Physiologie A.
PERRIN Jean	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque.
X... ..	Biologie médicale et pharmacodynamie.
X... ..	Clinique des maladies infectieuses.

Professeurs à titre personnel

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine.
BERTOYE	Bactériologie.
MANSUY	Neuro-Chirurgie.
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique.
SARROUY	Clinique de pédiatrie.
LACROIX	Hygiène et clinique des maladies des pays chauds.
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique.
LECUIRE	Neuro-chirurgie.
REVOL	Médecine générale.
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale.
CIER André	Pharmacie Chimique et Pharmacologie.

Professeurs sans chaire

ROMAN	Parasitologie.
FEROLDI	Anatomie pathologique.
MORET	Physique biologique.

Maîtres de conférences agrégés titulaires

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique.
THIVOLET	Hygiène.
GARIN	Parasitologie.
PINET	Electro-radiologie.
ODDOUX	Botanique et cryptogamie.
de SOLLIERS	Chimie analytique.
TOLOT	Médecine du travail.
DESPIERRES	Médecine générale.
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie.
DESCOTES	Chirurgie générale.

JOUVET	Pathologie expérimentale.
PEYRIN	Physique biologique.
TOMMASI	Anatomie pathologique.
BUFFARD	Electro-radiologie.
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique.
de MOURGUES F.	Stomatologie.
NAUSSAC	Maladies infectieuses.
REBOUILLAT	Chirurgie générale.
ROMAGNY	Pédiatrie.
DELAHAYE J.-P.	Médecine générale.
DELEUZE	Anesthésiologie.
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique.
MICHEL	Anesthésiologie.
FRANÇOIS	Pédiatrie et puériculture.
MICHOULIER	Chirurgie générale.
COLOMB	Dermatologie.
LAMBERT	Médecine générale.
FRIES	Médecine générale.
GILLY	Pédiatrie.
ROBERT	Médecine générale.
BOUCHET	Anatomie.

Maîtres de conférences agrégés stagiaires.

MM. DUROUX	Anatomie.
BRETTE	Thérapeutique.
FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et embryologie.
GRAS	Chimie biologique.
MALLEIN	Chimie analytique.
RIFFAT	Hygiène.
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie.

Agrégés en exercice

MM. BURTHIAUT	Obstétrique.
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie.
GUILLEMIN	Chirurgie générale.
JAUBERT de BEAUJEU ..	Chirurgie générale.
MARION Pierre	Chirurgie générale.
PLAUCHU	Médecine générale.
PONT	Médecine générale.
SAUTOT	Chirurgie générale.
TRAEGER	Médecine générale.
VIGNON	Médecine générale.
BONAMOUR	Ophtalmologie.
COLIN	Médecine légale.
de MOURGUES Georges ..	Chirurgie générale.
DEVIC	Médecine générale.
DUMONT Martial	Obstétrique.
DURAND	Urologie.
FRANCILLON	Chirurgie générale.
SAUBIER	Chirurgie générale.
SCHOTT	Neuro-psychiatrie.
ALLEGRE	Neuro-chirurgie.
CHASSARD	Electro-radiologie.
FAYSSE	Orthopédie.
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie.
GARDE	Médecine générale.
HUGONNIER	Ophtalmologie.
KALB	Pneumo-phthisiologie.
LARBRE	Médecine générale.

MM. MARET	Chirurgie générale.
MORNEX	Médecine générale.
NORMAND	Médecine générale.
PERRIN André	Médecine générale.
BETHENOD	Pédiatrie et puériculture.
DUMAS	Stomatologie.
GARMIER	Obstétrique.
NOEL	Médecine générale.
SCHNEPP	Orthopédie.



A notre Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie
et d'Hygiène Mentale.

A qui nous devons l'orientation psychiatrique de notre vocation médicale. En effet il a su nous faire partager son amour pour la psychiatrie. C'est pour nous une chance exceptionnelle d'avoir pu bénéficier des leçons de ce Maître dont la bienveillance pour ses élèves est légendaire.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de notre thèse.

Qu'il nous permette de le remercier et de lui exprimer nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A nos Juges

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. GUYOTAT

Professeur Agrégé de Neuropsychiatrie.

Nous sommes fier de le compter parmi nos juges, car notre admiration pour lui remonte à notre cinquième année de médecine où nous prenions à ses cours de psychiatrie une leçon de clarté, de vigueur et de précision.

Qu'il trouve ici un témoignage de notre grande admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ B. SCHOTT

Professeur Agrégé de Neurologie.

Nous gardons un excellent souvenir des quelques mois de stage passés dans son service de Neurologie.

Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre gratitude pour le brillant enseignement dont il nous a fait bénéficier.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. ROCHE

Professeur de Médecine du Travail.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre gratitude pour l'intérêt bienveillant qu'il a voulu porter à notre travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUYOTAT

A MM. LES DOCTEURS :

Paul ABELY (Paris)

BAUDRY (Marseille)

FOUKS (Poitiers)

LOO (La Charité-sur-Loire)

UEBERSCHLAG (Lannemezan)

MEDEVIELLE (Lannemezan)

GARDE (Lannemezan)

EPPE (Lannemezan)

Qui ont bien daigné répondre à notre questionnaire. Nous les en remercions.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-R. GERARDIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui nous inspira le sujet de cette thèse et dont la clarté d'esprit et la grande expérience nous ont été si précieuses. Ses conseils sous forme de conversations toujours détendues, sympathiques et instructives ont beaucoup contribué à rendre notre tâche moins ardue. Nous souhaitons pouvoir en bénéficier encore longtemps.

Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR T. CAHEN-DAMPT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui a guidé nos premiers pas en psychiatrie avec une patience et une douceur infinies. Nous lui adressons tous nos remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. JOSSE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORENON

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANG

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Pour leur accueil toujours plein de cordialité.

S E R M E N T

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la Médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur, et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les Malades, mes Confrères et la Société.

INTRODUCTION

Le traitement des maladies mentales a subi au cours des vingt-cinq dernières années, deux périodes « historiques ». Ce fut d'abord l'utilisation, avant la guerre, des méthodes de choc qui firent sortir le psychiatre de son impuissance d'antan. Ensuite, à partir de 1950, l'apparition des neuroleptiques introduisit dans la chimiothérapie psychiatrique un grand bouleversement. Cette apparition eut lieu au moment où la psychiatrie connaissait par ailleurs une extension considérable de ses champs de recherche et d'action ainsi qu'un affinement et une élaboration nouvelle de ses instruments.

L'avenir de la psycho-pharmacologie est immense puisque le nombre des combinaisons organiques est presque infini : chaque substance isolée et reconnue active sert de point de départ à des recherches nouvelles qui aboutiront fatalement, un jour ou l'autre, sinon à la découverte de la drogue miracle, du moins de médications de haute efficacité. En attendant, les psychiatres disposent actuellement d'un grand nombre de drogues et plusieurs questions viennent tout de suite à l'esprit : l'électrochoc sera-t-il englouti à tout jamais par ce véritable raz de marée pharmacologique ou réussira-t-il à surnager ? Lui reste-t-il encore des indications à notre époque où la chimiothérapie est en plein développement ?

C'est pour répondre à ces interrogations que nous avons entrepris ce travail. La tâche est difficile par suite des divergences d'opinions entre les différents auteurs.

Nous avons compulsé de très nombreuses publications sur tout ce qui touche à la psychiatrie depuis 1950. Nous avons ensuite envoyé un questionnaire à quelques personnalités très en vue dans le monde psychiatrique ainsi qu'à des médecins d'hôpitaux en butte à tous les problèmes quotidiens : leur avis 1964 sur l'utilisation actuelle de l'électrochoc nous a été très précieux. La marche à suivre était ensuite simple :

— Dans un premier chapitre, nous nous pencherons sur ce qu'on a appelé la grande époque de l'électrochoc. Il était à ce moment-là utilisé dans le traitement de presque toutes les maladies mentales. Nous y insisterons particulièrement sur la conduite actuelle de la cure de sismothérapie avec toutes les acquisitions assez récentes (cure d'anéantissement de BINI, prémédication).

— Le deuxième chapitre sera consacré à cette chimiothérapie destinée pour les uns à supplanter l'électrochoc et pour d'autres à lui servir d'allié efficace.

— Le chapitre trois sera plus animé : nous y exposerons les opinions des partisans et adversaires de la sismothérapie en les illustrant d'observations typiques, le plus souvent récentes (1963-1964), tirées des archives des principaux services de Ravenel.

— Le quatrième chapitre nous permettra de faire le point à la lumière de tout ce qui est vu précédemment, sur l'intérêt actuel de l'Electrochoc. Nous verrons ainsi quels sont les domaines où il est abandonné, les domaines où il joue un rôle d'appoint et finalement les domaines où il garde sa souveraineté malgré la chimiothérapie.

CHAPITRE I

LA GRANDE ÉPOQUE DE L'ELECTROCHOC

LA GRANDE ÉPOQUE DE L'ÉLECTROCHOC THÉRAPIE

Avant l'introduction des thérapeutiques de choc en psychiatrie, la plupart des malades mentaux étaient dirigés vers l' « asile » sans aucun espoir de guérison. Le Psychiatre était condamné, dans bien des cas, à constater la progression inéluctable de certaines psychoses sans pouvoir agir efficacement.

En 1940, la situation n'était plus la même. Les méthodes thérapeutiques s'étaient enrichies de l'Insulinothérapie et surtout de la Convulsivothérapie qui permettaient d'intervenir avec efficacité sur le cours des affections mentales.

La découverte de l'Electrochoc fut certainement la plus avantageuse. Elle ne fut pas faite sans mal. Il est donc intéressant de relater ses différentes étapes.

HISTORIQUE DE L'ÉLECTROCHOC THÉRAPIE

Les travaux anciens

A un moment de l'Histoire où l'électricité était encore inconnue, le célèbre médecin de l'Empereur CLAUDIUS, SCRIBONIUS LARGUS, fut le premier à recommander la méthode de soigner certains troubles nerveux au moyen de l'application de secousses électriques sur la tête. Il écrivait donc en l'an 43 av. J.-C. : « Un ancien et intolérable mal de tête, qui se manifeste avec insistance, peut être immédiatement supprimé si on le soigne au moyen d'un poisson torpille vivant, de couleur noire, appliqué sur le lieu de la douleur, jusqu'à ce que la douleur cesse et que la partie soit engourdie : à peine cela arrivé, on enlèvera le remède afin de ne pas abolir la sensibilité de la partie. Il sera nécessaire de préparer un certain nombre de ces poissons-torpille, le bénéfice de la cure, c'est-à-dire la torpeur — qui est l'indice de l'effet utile — survenant souvent seulement après 2 ou 3 applications. »

On ne peut provoquer une convulsion électrique qui est l'élément essentiel de l'électrochoc car le voltage de ces poissons-torpille atteint un maximum de 25-30 volts, mais, de toute façon, le principe d'une thérapie des affections nerveuses au moyen de puissantes décharges électriques était affirmé et réalisé.

Au XVIII^e siècle, on retrouve l'usage de l'électricité curative :

En 1730, Etienne GUY appliquait l'électricité en suspendant un jeune garçon dément à des cordons de soie.

En 1755, LE ROY, dans son mémoire à l'Académie Royale, rend compte de quelques tentatives faites pour guérir plusieurs maladies par l'électricité, principalement la paralysie.

Le Révolutionnaire MARAT eut le mérite d'être un des pionniers de l'électrochothérapie. Il indiqua les maladies dans lesquelles l'électricité peut convenir, en fixa le mode d'administration. Différentes méthodes sont alors utilisées :

- Electrification par étincelles à l'aide d'un exciteur.
- Ou encore bain électrique : le malade placé sur un tabouret ou tout autre isolant, se trouvait entouré d'une véritable atmosphère de fluide électrique. Cette méthode était utilisée dans le traitement de l'obésité et du diabète.

La douche électrique était utilisée dans la neurasthénie, les névralgies, la migraine, l'ataxie. Le sujet placé sur un tabouret isolant, recevait sur la tête ou sur la région affaiblie, à travers un peigne métallique, le fluide de l'un des conducteurs.

FRANCKLIN, dans une de ses lettres, datée de 1775, relate l'expérience suivante :

Il place six hommes l'un à côté de l'autre, chacun ayant la main sur la tête du voisin; à l'aide de ses deux plus fortes piles, il provoque immédiatement la chute de ces six hommes. Lorsque ceux-ci se relèvent, ils déclarent tous n'avoir ressenti aucune secousse et s'émerveillent d'être tombés.

FRANCKLIN lui-même et une jeune fille, qui avaient reçu par hasard une forte décharge tombent à terre et se relèvent sans se plaindre de quelque inconvénient que ce soit.

En 1835, TEILLEUX cherche, à l'aide de piles, l'effet de l'électricité sur des malades atteints de paralysie oculaire avec mydriase.

En 1837, il essaye l'action dans la paralysie localisée, les hémiplegies, les névralgies, les tumeurs blanches, les coxalgies et remarque que chez bon nombre de sujets dont l'acuité malade n'existe plus, une phase d'amélioration ne tardait pas à survenir; il compte quelques cas de guérison obtenue sous l'influence de l'électrification et du régime alimentaire. En 1845, alors qu'il est médecin d'asile, il applique l'électricité au traitement des maladies mentales et plus particulièrement de l'imbécillité et de l'idiotie. Il dit obtenir les meilleurs résultats chez les individus dont les facultés intellectuelles conservent une certaine virtualité plutôt que chez les idiots complets.

Il tente la cure d'un malade atteint de manie furieuse et obtient un bon résultat. Il l'emploie à plusieurs reprises dans les cas de fureur et obtient une amélioration.

Pour vaincre l'apathie des stupides et la tristesse des mélancoliques, il utilise la vertu excitante de l'électricité. Il traite de cette façon les déments en proie à un état de perversion, d'engourdissement ou d'atonie. En voici quelques exemples :

— D'abord une femme déprimée avec tendance hypocondriaque, délire de persécution, défiance et refus de s'alimenter. Il la soumet pendant 20 jours au courant inducteur, une demi-heure chaque fois, à la hauteur du plexus cervical. Au bout de plusieurs séances, elle reprend des forces, s'alimente et, au bout de trois mois, avec l'aide de pilules d'iodure de fer, il obtient un résultat satisfaisant.

— Puis un jeune homme également asthénique, hypocondriaque avec idées de suicide et de refus de s'alimenter. Il ne répond que par paroles saccadées, des plaintes incessantes et se confine au lit. On lui donne d'abord des bains tièdes, des frictions, puis, à l'aide de la machine électromagnétique, on le guérit.

— Enfin, un malade de 25 ans de tempérament « lymphosanguin », stupide, se confinant au lit, d'une inertie complète, semblant ne pas même penser. Après quelques séances, une amélioration est obtenue; puis après un mois d'électrisation à raison de séances de 5 à 10 minutes, guérison.

Il conclut en disant qu'un courant électrique modéré offre l'avantage d'atténuer l'excitation maniaque en période aiguë et que l'électricité doit être pour l'aliéné comme une sorte de « bain fluide » qui doit le parcourir en tous sens sans que rien n'agisse violemment sur les centres nerveux. D'autre part, ce moyen offre selon lui l'immense avantage d'être regardé à son avis comme un auxiliaire puissant, utile au traitement de certains dérangements intellectuels.

En 1870 l'épilepsie électrique est connue grâce aux travaux de FRITCH et HITZIG : ils démontrent que des courants électriques suffisamment intenses et appliqués sur le cortex mis à nu, peuvent déclencher l'apparition d'une crise épileptique.

En 1881 CHARCOT applique l'électricité au traitement des maladies du système nerveux principalement à l'hystérie. Il utilise un système de tabourets isolants, mis en rapport avec une machine électrostatique. Il électrise ainsi 5 à 6 malades à la fois. Il a traité de cette manière, avec des fortunes diverses : la paralysie agitante, la paralysie faciale périphérique, les névropathies, les irritations spinales et les dysménorrhées.

En 1898, LEDUC décrivit, le premier, le « sommeil électrique » : il provoquait le sommeil et l'anesthésie par le courant électrique.

BATELLI, en 1903, provoquait des accès épileptiformes chez les chiens avec des courants alternatifs en appliquant des électrodes dans le nez et sur la nuque.

L'invention de l'électrochoc

1° Période préparatoire.

En 1935 et 1938 CERLETTI, avec successivement l'aide de BALDUZZI, LAZZERI et BINI, provoquait chez des chiens, des convulsions épileptiques au moyen du courant alterné (125 V) appliqué à travers le corps et à travers la tête. Après 5 années d'expérience, il conclut que

pour éviter la mort des chiens, il fallait s'en tenir à des temps de passage du courant très brefs (quelques dixièmes de seconde).

A peu près à la même époque VON MEDUNA démontre, en 1936, que les convulsions épileptiques qu'il provoquait au moyen de piqûres endoveineuses de Cardiazol avaient de bons effets thérapeutiques en diverses psychoses. La méthode fut adoptée partout et en particulier dans la clinique de CERLETTI. Ce dernier eut alors, l'idée d'adopter, à la place de l'injection très pénible de Cardiazol, le courant électrique qui provoquait chez les chiens une abolition immédiate de la conscience et régulièrement la convulsion. Il n'osa pas faire des essais sur l'homme parce que tout le monde était hanté à ce moment-là par le spectre de la « Chaise électrique » et la littérature électrologique rapportait des cas de mort produits par des courants de voltage modeste (40 V). Un cas fortuit l'y décide :

2° Période décisive.

A l'abattoir, CERLETTI remarque que pour tuer les porcs, on leur faisait passer, à l'aide d'une grande pince, le courant lumière (125 V) à travers la tête. Ils tombaient rigides, sans conscience, puis ils entraient en convulsions, exactement comme les chiens sur lesquels CERLETTI avait fait ses expériences. Et pendant l'inconscience du coma épileptique, l'animal était égorgé.

CERLETTI fit alors lui-même des essais sur les porcs et constate que même en faisant passer le courant électrique pendant 60 secondes, les animaux ne mouraient pas mais, qu'après des convulsions plus ou moins graves, ils se remettaient vite, surtout si on leur faisait passer le courant à travers la tête. Il fut alors convaincu de l'innocuité des applications électriques et, au mois de mars 1938, avec l'assistance de BINI, il provoquait le premier électrochoc chez un schizophrène. Il répète ces applications sur différents malades sans aucun incident et, dans certains cas, avec des améliorations cliniques évidentes.

CERLETTI fut alors complètement convaincu par ces applications thérapeutiques et se rendit compte que l'électrochoc représentait une magnifique méthode de recherches scientifiques de physiopathologie et de clinique sur l'homme. Il conseille l'application d'un courant de 120 volts avec un temps de passage de $1/10^{\circ}$ de seconde, quitte à le répéter immédiatement si celle-ci a simplement provoqué une « absence ».

3° Période des premières applications.

Cette nouvelle thérapeutique ne tarde pas à détrôner le Cardiazol grâce à son utilisation plus aisée et se généralise rapidement. Ses avantages sont nombreux :

— L'état vasculaire du sujet n'entre plus en jeu et les difficultés présentées par les malades dont les veines sont en mauvais état sont écartées.

— La crise déclenchée électriquement est moindre, tant en intensité qu'en durée.

— Elle est beaucoup mieux acceptée par les patients car aucune crainte ni angoisse ne l'accompagne et dans la majorité des cas une amnésie consécutive totale est constatée.

— Celle de son efficacité est plus grande que toutes les autres thérapeutiques connues.

Comme toute invention nouvelle, l'électrochoc fut utilisé au début sans aucune loi précise, presque empiriquement. Mais bientôt dans de nombreux pays les cliniciens se mirent fébrilement au travail pour chercher une technique de plus en plus rigoureuse et déterminer les résultats et les indications du choc électrique. La méthode de CERLETTI et BINI fut alors perfectionnée dans ses moindres détails. Cela se traduisit par la floraison d'appareils de différents principes dans le but d'obtenir un dosage du courant qui en permettrait une utilisation plus rigoureusement scientifique et par des tentatives pour dégager les conditions optima d'application. Les efforts portent en particulier sur le choix des malades (en fonction de l'âge, de l'état somatique, neurologique et psychiatrique) sur la « posologie » de l'électrochoc (rythme et nombre de chocs) sur le type des crises à provoquer (crises types ou simple « absence »), sur la possibilité de cures associées.

Nous allons essayer de dégager les grandes étapes d'évolution de l'électrochothérapie aussi bien dans ses modes d'application que dans ses indications au cours des psychoses.

MODES D'APPLICATION DE L'ELECTROCHOC

Il existe de nombreuses variantes purement électrologiques, mais actuellement la majorité des praticiens utilise le courant 110 volts, 50 périodes. DELMAS-MARSALET reste fidèle au courant continu alors que d'autres auteurs se servent de courant alternatif.

Certaines techniques nécessitent un appareillage spécial. Ainsi ANGLADE et QUERAUD préconisent l'emploi de l'Electrochoc prolongé. Cette méthode donnerait de très bons résultats chez les maniaques et dans les névroses hypochondriaques et serait à conseiller chez les malades en mauvais état général ou supportant très mal l'électrochoc simple.

De leur côté FROSTIG et VAN HARREVELD utilisent l'Electro-narcose qui consiste à faire passer pendant un certain temps un courant d'intensité basse et décroissante. Ses résultats seraient spectaculaires dans les états psychonévrotiques rebelles et les accidents et complications qu'elle peut occasionner sont extrêmement rares.

D'autres techniques utilisent des appareils ordinaires et celles-là retiendront un instant notre attention. Le premier appareil français fut présenté en 1941 par LAPIPE et RONDEPIERRE. Il offre des avantages certains et il est d'un maniement facile. Toutefois, à mesure qu'il se perfectionne, il gagne en précision mais perd de sa simplicité. Il est devenu encombrant, difficile à dissimuler et son utilisation au lit du malade nécessite une mise en scène très pénible.

Depuis quelques années, il ressort de l'expérience de certains auteurs que le courant urbain alternatif 110 volts convient parfaitement, sans aucune transformation, pour la production de chocs efficaces et que les notions de résistance de la boîte crânienne, de temps de passage du courant ne sont pas primordiales. C'est pour cela qu'à Ravenel les médecins-chefs emploient dans leur service, depuis plusieurs années déjà, un appareil d'une simplicité presque enfantine : il s'agit d'une simple poignée portant une électrode à chaque bout et reliée par quelques mètres de fils à n'importe quelle prise de courant. Sur cette poignée se trouve un interrupteur à pression pour fermer le circuit. Le « dosage » utile pour obtenir soit des crises types soit des infra-crisis s'acquiert facilement à l'habitude.

L'énorme intérêt de cette méthode, en dehors de sa simplicité, réside dans sa discrétion. Le caractère agressif ou impressionnant du choc est réduit au maximum et de nombreux malades traités par sismothérapie ne s'en sont jamais aperçu.

De nombreux praticiens emploient l'Electrochoc en association avec d'autres thérapeutiques.

Electrochoc et Insuline

RONDEPIERRE et OULES se sont penchés sur le cas des malades chez qui le traitement par sismothérapie seule ou par cure de Sakel seule ne donne aucun résultat. Après de longues années d'expérimentation ils constatent que l'utilisation simultanée de l'Insuline et de l'Electrochoc est souvent couronnée de succès. Ils écrivent notamment :

« La synergie insulino-chocs ne signifie pas choc plus profond ou plus violent ou plus prolongé, les deux méthodes agissant dans le même sens. Il semble plutôt que les deux thérapeutiques se complètent, l'une favorise l'action de l'autre ou, si l'on veut, rend possible cette action à laquelle le malade était insensible auparavant.

Ainsi l'échec de l'Electrochoc seul ou de l'Insulinothérapie seule ne signifie nullement résistance élective à ces thérapeutiques comme nous avons pu le penser parfois, puisque les malades paraissant gravement atteints et particulièrement résistants, ont pu être améliorés, sinon toujours complètement guéris par ces mêmes thérapeutiques pratiquées à d'autres moments. En particulier la cure de Sakel, en cas d'échec, pose, croyons-nous, une nouvelle indication de l'Electrochoc car celui-ci peut s'avérer actif sur un terrain jusque-là réfractaire mais modifié par l'insulinothérapie. »

Electrochoc et prémédication

Les accidents au cours de la sismothérapie sont exceptionnels mais ils surviennent presque toujours dans des conditions imprévisibles et leur éventualité constitue un élément important dans l'indication et la conduite d'un traitement par électrochocs. Les accidents ostéo-articulaires ont été aussi à l'origine de recours judiciaires scandaleux et pénibles intentés aux médecins.

D'autre part, le plus souvent, l'annonce de cette intervention ou la vue des préparatifs déclenchaient de vives manifestations d'anxiété. La sismothérapie était généralement vécue comme une terrible agression, perpétrée par des médecins en vue de mystérieuses expérimentations pendant l'inconscience : c'est une « électrocution », suivie d'une période de mort avec amnésie lacunaire; cette manœuvre terrifiante est pratiquée sur la tête, « le cerveau », et doit entraîner des perturbations organiques graves, des mutilations peut-être définitives... Tous les psychiatres gardent le souvenir de circonstances dramatiques dans lesquelles il a fallu administrer un électrochoc devenu indispensable, à des malades hurlant, en proie à une terreur pantophobique et à une agitation extrême. De telles séances, nécessitant la coercition la plus brutale, répugnent à la conscience médicale.

C'est pour pallier tous ces inconvénients que la pratique des électrochocs sous curarisation (POSTEL et COSSA) puis sous sommeil et curarisation s'est progressivement répandue.

La prémédication de l'électrochoc répond à trois objectifs essentiels :

— Tout d'abord prévenir les complications mécaniques majeures aussi bien que mineures de l'électrochoc. Elle a ainsi permis de traiter des fracturés récents, des tuberculeux, des cardiopathes, des vieillards, des pottiques et même des patients récemment opérés.

— Ensuite, supprimer l'anxiété et l'appréhension qui précèdent l'application de la thérapeutique. Bizot a raison de dire que « le malade trouve dans cette technique la sécurité et l'humanisation de la sismothérapie auxquelles il a droit ».

— Enfin atténuer l'agitation de la phase confusionnelle post-critique et du réveil.

La réalisation de ces trois objectifs réclame la mise en œuvre d'une narcose et de la curarisation. Il est toutefois possible de renoncer à l'anesthésie et de se limiter à la curarisation pour des raisons de commodité matérielle ou chez de grands psychopathes sans anxiété thérapeutique.

Dans tous les cas, les électrochocs peuvent être pratiqués au lit du malade; il est alors nécessaire d'avoir un appareil de réanimation à la portée de la main.

En ce qui concerne les produits utilisés, chaque auteur a sa méthode.

POROT emploie atropine, penthiobarbital et succicurarium.

MANCEAUX et ses collaborateurs utilisent le penthiobarbital et le flaxédil intraveineux.

MILLON et ses collaborateurs estiment que si les barbituriques, les premiers utilisés, ont des avantages certains, ils restent pourvus d'une toxicité non négligeable qui oblige à les manier avec précaution (apnée, spasme de la glotte). Ces considérations les ont poussés à rechercher des produits moins toxiques et c'est ainsi qu'ils ont expérimenté le succinate sodique du 21 Hydroxyprégnandione (Viadril G). Chez 19 malades, ils ont pratiqué 96 séances d'électrochochothérapie sous

narcose au viadril (injection I.V. lente de 500 mg de viadril G dilués dans 20 cc d'eau distillée) : l'installation du sommeil est très lentement progressive, remarquablement agréable pour le malade, le plus souvent même euphorisante. Le réveil est doux et n'est pas entaché des habituels maux post-sismothérapiques (céphalées, lombalgies, états nauséux). Les auteurs sont très satisfaits des résultats obtenus et conseillent d'utiliser le viadril systématiquement là où les barbituriques sont formellement contre-indiqués (asystolie, insuffisance hépato-rénale, insuffisance respiratoire avec scléro-emphysème).

Personnellement, nous faisons des perfusions de 250 cc de sérum physiologique dans lesquels sont dilués selon le besoin, 500 ou 1.000 mg de viadril G et nous faisons l'électrochoc dès que le malade s'assoupit.

A Ravenel, chez les malades fragiles ou au contraire bien musclés, on fait des injections I.V. lentes de célocurine. Dans les autres cas, on se contente de donner aux patients un suppositoire d'isocurine la veille au soir et le matin précédant la séance. La narcose par nesdonal est rarement utilisée.

Au début la prémédication de l'électrochoc n'a pas acquis toute l'audience qu'elle méritait. Trop souvent on la considérait comme une technique de luxe réservée à des cas exceptionnels alors qu'il s'agit en fait d'un procédé sûr, dont les avantages sur la technique classique de l'électrochoc simple sont incontestables et qui, de ce fait, mérite d'entrer dans la pratique courante. Selon MANCEAUX « un de ses mérites, et non des moindres, est d'atténuer dans une large mesure, pour le malade et aussi pour le psychiatre, certains des aspects les plus impressionnants et les plus désagréables des méthodes de choc. »

Conduite de la cure classique

La conduite même de la cure par électrochocs a donné lieu à de nombreuses controverses :

La technique habituelle fixe à deux ou trois par semaine le nombre de séances de sismothérapie. Elle est recommandée encore par la majorité des auteurs et c'est ce qui est utilisé journellement en pratique psychiatrique.

Mais cette méthode est loin d'être la seule en vigueur. De nombreux cliniciens pratiquent l'électrochoc « à la demande ».

Certains font une seule séance par mois.

D'autres vont jusqu'à cinq par jour si besoin est. DUCHÊNE et PAUMELLE par exemple conseillent l'électrochoc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychose maniaco-dépressive. Ils l'utilisent à raison d'une séance par mois chez les patients qui réagissent bien aux électrochocs pendant leur accès et qui rechutent rapidement. Ils concluent : « Nous ne saurions trop insister, en effet, sur l'économie d'hospitalisation que permet la pratique des électrochocs ambulatoires au dispensaire, qu'ils soient pratiqués en série ou de la façon indiquée

ci-dessus. » La seule précaution à prendre est de s'assurer qu'un milieu familial, suffisamment disponible, est prêt à fournir la surveillance du malade, à le conduire aux séances et à venir le rechercher.

STEVENSON et GEOCHEGAN sont du même avis mais, eux, ils emploient l'électrochoc prophylactique dès les premières manifestations des symptômes : les accès maniaques avorteraient immédiatement.

HASTINGS, de son côté, est contre la méthode prophylactique qui ne lui a donné aucune satisfaction. Elle ne ferait que masquer l'évolution de la maladie.

Il ne semble donc pas y avoir un seul et unique rythme idéal d'application ; « la posologie » de l'électrochoc se trouve être fixée actuellement entre des limites très larges. A une des extrémités de cette marge se trouve la sismothérapie poussée à son paroxysme, c'est-à-dire la technique d'anéantissement des auteurs italiens (BINI en particulier). Cette méthode constitue un progrès considérable par rapport à l'électrochoc simple et nous verrons plus loin qu'elle a à son actif des améliorations, sinon des guérisons, miraculeuses. Qu'il nous soit donc permis de nous attarder un peu sur elle.

L'Electrochocthérapie intensive

Dans tout ce qui va suivre concernant cette méthode, nous le devons à l'excellente thèse de GÉRARDIN consacrée à ce sujet. L'auteur a bien voulu la mettre à notre disposition. Nous l'en remercions.

Méthode préconisée à l'origine par BINI, la sismothérapie intensive n'est pas nouvelle, elle est étudiée et employée en Italie depuis 1940. Elle est décrite par son auteur en ces termes : « Au moyen de 8 à 12 applications (d'électrochoc) pratiquées dans la mesure d'une par jour ou même de deux à quatre dans le même jour, on obtient un état de confusion mentale qui peut être poussé jusqu'à l'annulation presque complète de la vie psychique du sujet. Cet état « d'anéantissement », une fois les applications cessées, régresse toujours en peu de jours. »

TRILLAT, CAPRON et SANCHEZ traitent leurs délirants chroniques par cinq électrochocs par jour pendant trois jours consécutifs.

En France OLLIVIER pratique le « double électrochoc » depuis 1948 : il provoque une deuxième crise aussitôt la première terminée.

Les cliniciens anglais PAGE et RUSSEL sont encore plus « agressifs » : 4 secondes après le passage du courant, ils appliquent 3, 5 ou 7 électrochocs consécutifs à raison d'un par seconde.

Il apparaît donc que l'électroplexie intensive n'est nullement standardisée; cependant le but visé par tous les auteurs est le même : obtenir chez le sujet traité un état de confusion mentale aiguë. Ce syndrome provoque une véritable « annulation » transitoire de la personnalité du patient et crée une parenthèse dans sa vie psychique.

BAZZI distingue trois degrés au syndrome d'anéantissement :

Premier degré : légère désorientation dans le temps, retard dans les perceptions et dans la compréhension, mémoire de révocation engourdie mais sans déficit grossier.

Deuxième degré : désorientation temporelle complète, désorientation spatiale partielle; déficit de la mémoire globale (demeurent seulement quelques souvenirs de la vie passée); dérangement notable de la fixation.

Troisième degré : syndrome d'anéantissement proprement dit : réduction très notable de toutes les facultés mentales pouvant aller à l'extrême jusqu'au « désert psychique » complet.

A ce stade de régression apparaît en général une incontinence urinaire et parfois même fécale qui peut être retenue comme symptomatique.

Cette classification de BAZZI est uniquement fondée sur l'intensité de la réaction confusionnelle. GÉRARDIN, au cours de ses travaux, distingue cinq formes cliniques :

— Etat confusionnel simple : après quelques électrochocs, le malade présente un certain ralentissement psycho-moteur; il suit mal la conversation et paraît étonné de ce qui l'entoure. La désorientation temporelle, puis spatiale, apparaît; il est perplexe mais observe généralement un mutisme ou semi-mutisme difficile à vaincre. Il est néanmoins calme et tranquille. Il s'alimente seul et avec lenteur, a une activité purement automatique (plie son drap, compte sur ses doigts...). La sortie de cet état est aussi progressive et en quelques jours le malade se retrouve parfaitement présent, désireux de s'intégrer à nouveau au monde extérieur, il se renseigne, réclame sa famille, sollicite une occupation...

— Etat confusionnel avec stupeur : le patient est inerte dans son lit, prostré, le regard fixe et les yeux hagards. Il est totalement indifférent à ce qui l'entoure et doit être lavé, peigné et alimenté comme un véritable bébé. L'incontinence est totale. Le retour à la lucidité se fait par paliers successifs.

— Etat confusionnel avec agitation : le malade est turbulent, bruyant, souvent même grossier; refuse de s'alimenter ou répand ses aliments autour de lui sans aucune gêne; crie et s'agite la nuit.

Généralement, « l'accélération » de la cure amène une sédation rapide de l'agitation et de l'agressivité.

— Etat confusionnel avec moria : subexcitation psychique pauvre, joviale et puérile disparaissant avant le retour de la conscience claire.

— Etat confusionnel avec ébauche de fabulation : KALINOWSKY a signalé des syndromes de Korsakoff typiques mais GÉRARDIN ne l'a jamais constaté. Tout au plus les quelques rares patients observés ont présenté une vague fabulation avec illusions, fausses reconnaissances, discours décousus, réponses à côté, erreur sur les mots, les gens et les choses.

L'évolution de ces « psychoses exogènes » (CERLETTI) est toujours favorable et rapide. Les troubles s'estompent puis disparaissent, en règle, dans la quinzaine qui suit l'arrêt du traitement (délais extrêmes : 2 à 20 jours). De nombreux produits sont employés pour aider à la liquidation de la confusion :

FEUILLET et GÉRARDIN ont employé au début de l'acide glutamique, mais actuellement, le lucidril intra-veineux à grosses doses apparaît le plus efficace.

Le déficit mnésique est le symptôme le plus tenace. Certains malades redevenus lucides se plaignent d'une dysménie globale ou plus souvent de fixation qui peut persister de quelques semaines à quelques mois. La période confusionnelle est recouverte par une amnésie lacunaire qui la déborde, avec une tendance nette à l'oubli électif des manifestations psychotiques morbides. GÉRARDIN en conclut : « Nous ne pensons pas qu'une telle amnésie, centrée sur l'époque et les épisodes pathologiques, soient préjudiciables au malade, bien au contraire. »

Comme nous le verrons plus loin, l'électrochothérapie intensive a rendu de grands services dans quelques îlots réfractaires observés dans le champ d'action de la sismothérapie simple. Nous voulons parler des psychoses délirantes chroniques et des psycho-névroses.

Nous terminerons cette étude consacrée à la cure d'anéantissement de BINI par deux citations :

Celle de FEUILLET et GÉRARDIN qui écrivent en 1953 : « En conclusion, nous n'irons pas jusqu'à prétendre que l'électrochothérapie intensive est une acquisition révolutionnaire propre à bouleverser la pratique psychiatrique actuelle.

« Elle n'en constitue pas moins un progrès certain dans le traitement des états maniaques. Surtout, elle apporte, croyons-nous, des possibilités réelles d'attaquer efficacement des structures, psychopathologiques plus stables que ne le sont d'ordinaire les affections « classiquement » justiciables de l'électrochoc. C'est, semble-t-il, surtout dans le vaste domaine des psychonévroses et des délires que cette notion peut rendre service, ne serait-ce qu'en rompant avec l'attitude — improductive et facile — de défaitisme médical, encore trop souvent adoptée en face de tels états. »

Celle de TRILLAT, CAPRON et SANCHEZ qui, après avoir étudié la méthode dans les syndromes délirants systématisés, estiment que « la cure d'anéantissement de BINI mérite toujours de figurer en bonne place dans notre arsenal thérapeutique.

En marge de la technique et de la « posologie » de la sismothérapie, un autre aspect de la question a retenu l'attention des chercheurs : c'est celui des acroagonines de CERLETTI.

Etude des acroagonines de CERLETTI

Les plus grands travaux sur cet aspect particulier de l'Electroplexie sont dus à DELL. Selon lui, CERLETTI n'attribue aucune action thérapeutique particulière au courant électrique qui n'est à ses yeux que le moyen le plus commode et le moins dangereux de déclencher l'attaque épileptiforme. D'autre part « les convulsions ne sont qu'un phénomène accessoire; par contre apparaissent comme primordiales, constantes et nécessaires, la perte de connaissance et les modifications neuro-végé-

tatives et bio-humorales ». L'électrochoc agirait en provoquant la production ou l'augmentation de substances défensives dans tout l'organisme et notamment au niveau de l'encéphale. En cherchant s'il y avait une différence entre le cerveau d'un animal ayant subi des électrochocs et le cerveau d'un animal non traité, CERLETTI découvrit l'existence « de substances de défense suprême » et les appela « acroagonines ».

Pour son expérimentation, CERLETTI utilise une suspension aqueuse de cerveau de porc électrochoqué au rythme de trois fois par semaine pendant un mois. Elle fut utilisée chez 41 malades mais le seul résultat obtenu fut une sédation de l'agitation désordonnée des séniles. Dans aucun cas les idées délirantes, les phénomènes d'automatisme, les troubles psycho-sensoriels ni les symptômes dissociatifs ne furent modifiés. Cependant, DELL n'hésita pas à affirmer : « les résultats encourageants que nous avons enregistrés et l'innocuité du produit semblent faire des acroagonines une thérapeutique utilisable dès maintenant comme sédatif ou comme substitut de l'électrochoc lorsque celui-ci est contre-indiqué ».

Depuis que cette étude a été faite, c'est-à-dire depuis 1955, il ne nous a pas été possible de retrouver la trace d'autres publications la concernant. Nous pensons donc que l'expérimentation de DELL n'a pas eu d'émules et que la thérapeutique par acroagonines qu'il préconisait a sombré dans l'oubli.

En 1950-52, à la veille de l'envahissement de l'arsenal thérapeutique psychiatrique par la chimiothérapie, tant utilisée actuellement, l'électrochothérapie n'en était plus à faire ses preuves : elle s'était imposée comme une des grandes armes de la médecine mentale, au double titre du traitement d'attaque et du traitement d'entretien.

Quelles étaient ces indications et ses perspectives d'avenir, c'est ce que nous allons essayer de mettre au point.

INDICATIONS DE L'ÉLECTROCHOC

Les indications légitimes de la sismothérapie étaient assez étendues et il est intéressant de noter qu'en dehors de la psychiatrie pure, elles s'étendaient aux domaines médicaux les plus variés.

1° Sismothérapie et syndromes maniaco-dépressifs

Cette maladie guérissait toujours sans nécessiter une thérapeutique dangereuse mais l'innocuité de l'électrochoc fait aux auteurs un devoir de traiter la manie ou la mélancolie dès leur apparition : on évitera ainsi aux malades et à leur famille, des mois (ou des années!) de souffrance et de frais.

C'est ainsi que LAPIPE et RONDEPIERRE voyaient le problème et selon eux les résultats sont d'autant meilleurs que les accès sont plus nets, plus aigus et les intervalles lucides plus proches de l'état normal

et plus longs : plus l'accès est violent, net et rare, plus il a de chances de guérir par sismothérapie.

— Dans la mélancolie, les statistiques offrent de brillants résultats de guérison :

80 % pour GÉRARDIN;

70 % pour LAPIPE et RONDEPIERRE qui ont traité 800 malades.

HEUYER, BOUR et LEROY ont obtenu :

75 % de guérison dans la forme stuporeuse;

80 % dans la forme délirante;

100 % dans la forme anxieuse.

— Par contre, les états maniaques se montraient plus réfractaires : IMPASTATO ne signale que 55 % d'amélioration. Pour surmonter cette résistance particulière, on a cherché tout naturellement à intensifier l'action thérapeutique, en rapprochant les chocs ou en les associant à divers agents pharmacodynamiques.

Ainsi DELMAS-MARSALET conseille d'utiliser un grand nombre « d'électrocrises convulsives ». L'électrochothérapie intensive fut employée par GÉRARDIN chez 25 maniaques avec 60 % de guérisons et 24 % d'améliorations importantes.

Après enquête portant sur un total de 1.128 sujets (femmes exclusivement) FEUILLET, GÉRARDIN et MERCIER admettent qu'après la cure d'anéantissement de BINI, deux tiers des malades sortent, dans les trois mois, guéris de leur accès.

L'excellence de tous ces résultats fait dire à DELMAS-MARSALET : « la plus grande résistance de la manie à l'électrochoc est un fait connu de tous, mais il est réel que la technique accumulative diminue le nombre de nos échecs ».

L'action de l'électrochoc peut être aussi renforcée chimiquement par association de coramine. FABING conseille d'administrer de la coramine intraveineuse juste avant la séance de sismothérapie pour « mordancer » son action : il y a synergie du stimulus chimique et du stimulus électrique. FEUILLET, COLLIN et GÉRARDIN utilisent cette méthode pendant un an au Centre Psychothérapique de Nancy et constatent de très bons résultats dans 95 % des cas. Ils estiment que si l'électrochoc, employé seul, a permis d'accélérer la rémission des états maniaques, et d'abréger notablement le séjour à l'hôpital, l'association coramine-électrochoc semble plus efficace encore. « Elle réduit de moitié le nombre total des chocs nécessaires. »

Dans le cas particulier des mélancolies et manies d'involution, les statistiques globales ne donnent que 48 % de succès complet. Cependant, pour COSSA « les résultats sont suffisants pour que l'indication de l'Electrochoc soit formelle en face de toute mélancolie présénile. Il constitue la seule chance de salut pour des malades qui, sans lui, sont voués à la douleur perpétuelle. Que risque-t-on au surplus ? Si le

diagnostic n'est pas exact et qu'il s'agisse d'une mélancolie franche, non évolutive, elle trouve dans cette même technique son traitement de choix ».

La convulsiothérapie se révèle donc comme une arme puissante sur les « deux équilibres thymiques » mais la majorité des praticiens soulignent qu'elle peut s'appliquer à tous les états dépressifs, et à tous les états d'excitation quelle qu'en soit l'origine, qu'ils soient primitifs ou secondaires, isolés, périodiques ou alternés.

C'est à cet aspect de traitement symptomatique que l'électrochoc doit être, actuellement, utilisé dans la Schizophrénie.

2° Sismothérapie et syndromes schizophréniques

CERLETTI écrit à ce sujet : « On peut affirmer jusqu'à présent què, dans les formes datant de peu de mois, on obtient des rémissions complètes dans les quatre cinquièmes des cas et pour le cinquième restant, une bonne amélioration. La rémission complète tombe à un chiffre bien inférieur — un peu moins du quart des cas — dans le groupe où la durée de la maladie atteint un à trois ans... Dans les cas pour lesquels la maladie durait depuis plus de trois ans, nous n'avons pas obtenu une rémission complète : la moitié des malades sont améliorés peu ou prou. Dans un tiers des cas, la maladie est restée invariable et, pour quelques-uns, elle a continué une évolution progressive. On retrouvera là les effets observés avec les autres thérapeutiques de choc : le nombre des cas inchangés et des cas aggravés augmente en proportion directe des années de maladie. »

De nombreux auteurs insistent sur la nécessité de combiner convulsiothérapie et cure de Sakel dans le traitement de la schizophrénie. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement par la suite.

3° Sismothérapie et psychoses confuso-oniriques

Quelle que soit l'étiologie de ces psychoses, l'Electrochoc peut être considéré comme un véritable traitement d'urgence : il amène une sédation de l'agitation et de l'angoisse et il aide à enrayer rapidement la chute de l'état général en permettant une réhydratation et une reprise progressive de l'alimentation.

DELAY et MAILLARD ont traité 25 cas de confusion mentale avec seulement 4 % d'échecs. Cependant s'ils estiment que « dans les cas où l'obnubilation de la conscience forme l'essentiel du tableau clinique et où il est impossible de rattacher l'accès à une cause connue, l'électrochoc entraîne régulièrement et très rapidement une guérison complète et définitive », ils ne perdent pas de vue les différentes formes étiologiques : la cause doit être soignée pour amener une guérison stable. Dans le cas particulier du délire aigu, la pénicilline donnerait une guérison somatique en 48 heures et une amélioration psychique qu'on accentue par la convulsiothérapie.

4° Sismothérapie et délires

Dans les bouffées simples, les résultats favorables sont nombreux et signalés par plusieurs praticiens. RONDEPIERRE en a guéri 6 cas sur 6; PARAIRE et CHARLIN 6 cas sur 9 et COSSA, sur 16 malades en a guéri 4, amélioré 7 et laissé 5 sans changement.

Mais c'est dans les délires chroniques que l'électrochothérapie a apporté le plus d'espoirs. Le pronostic très sombre formulé par les auteurs classiques avant l'ère de la convulsivothérapie se résume en un raccourci saisissant sous la plume de LAIGNEL-LAVASTINE (1916) au chapitre des psychoses délirantes :

« Maladie incurable; aucun traitement curatif; psychothérapie inutile et dangereuse. » Ainsi, les malades atteints de psychoses délirantes chroniques constituaient avec la schizophrénie et les états d'arriération mentale, la masse des patients qui demeureraient indéfiniment dans les services des hôpitaux psychiatriques. Il avait fallu attendre l'avènement de l'électrochothérapie et surtout celui de la cure d'anéantissement de BINI pour voir lever l'hypothèque qui pesait sur la vie de ces malheureux.

Mme MASSON et ses collaborateurs indiquent comme pourcentage : « un résultat favorable sur quatre environ (guérison ou grosse amélioration permettant la sortie), un insuccès franc, deux succès partiels ou transitoires ». Ils ajoutent : « L'efficacité du traitement paraît diminuer dans les très vieux délires sans qu'il soit possible d'en déduire qu'il existe un processus lésionnel rendu irréversible par l'ancienneté et une diminution de l'intensité du facteur affectif. »

Après traitement d'une quarantaine de malades, GÉRARDIN obtient des résultats plus favorables; voici les conclusions qui se dégagent de ses travaux : « Les syndromes atypiques où existe une certaine détérioration de la personnalité, ne réagissent guère mieux à la thérapeutique que les psychoses dissociatives et nous ont donné 40 % d'échecs pour 10 % seulement de résultats de quelque valeur.

Les syndromes récents, au contraire, ont évolué vers la guérison ou vers une amélioration considérable dans 9 cas sur 10. Il est vraisemblable que le facteur « temps » fut ici notre allié.

Les syndromes déjà plus anciens réagissent encore très bien (5 bons résultats sur 8). Là aussi un échec par rechute, survenue après 3 à 4 mois de rémission satisfaisante. Dans le cas de délires « chroniques », les résultats obtenus sont plus instructifs : sur 12 syndromes qui étaient tous de mauvaises indications de l'électrochothérapie, on relève 6 issues cliniques favorables et seulement un échec total. Si cette constatation portait sur plusieurs centaines de cas, elle serait hautement significative. »

5° Sismothérapie et épilepsie

Les avis sont très partagés selon que l'on considère l'action de l'électrochoc sur la répétition des crises ou sur l'humeur des malades.

Pour SAL, ROSAS et CHALLJOL (élève de CERLETTI) on obtiendrait une atténuation et un espacement extraordinaire des attaques et des symptômes inter-critiques.

LAPIPE et RONDEPIERRE sont d'un avis diamétralement opposé : « L'action de l'électrochoc quand les attaques sont peu fréquentes paraît presque nulle. Il faut, sans aucun doute, renoncer à l'espoir de remplacer chez de tels sujets, les crises spontanées par des crises volontairement provoquées. Une attaque provoquée par l'électrochoc le matin, n'empêche pas l'apparition d'une crise spontanée l'après-midi. » Cependant, ils admettent que les troubles de l'humeur et du caractère, lorsqu'ils rendent par leur intensité le malade dangereux — ou incapable d'un rendement utile — paraissent une véritable indication de l'électrochoc chez les épileptiques.

6° Sismothérapie et psychonévroses

Les résultats sont très variables et l'accord est loin d'être fait là-dessus. GÉRARDIN pense que si la méthode intensive peut se voir adresser quelques reproches elle est néanmoins instructive car elle montre que :

— Les états hypochondriaques et neurasthéniformes réagissent très bien : 8 guérisons ou améliorations très importantes sur 9 cas.

— Les manifestations pithiatiques et psychasthéniques ont donné, sur 11 malades traités, 6 guérisons et 3 améliorations réelles.

DELMAS-MARSALET n'a pas réussi à obtenir des résultats aussi favorables à cause de l'inconscience du choc : « Un paraplégique pithiatique marche à partir du moment où on l'a fait marcher malgré lui, où on lui a prouvé qu'il pouvait marcher. L'inconscience du choc ne permet pas de lui donner cette évidence. KALINOVSKI a vu des pithiatiques, traités par chocs, transférer leur paralysie sur un autre membre. »

MICHON et THIÉBAUX ont publié une étude portant sur 320 malades qui ont subi au total 1.800 séances d'électrochoc en service non psychiatrique. L'impression générale est favorable :

— Psychoneurasthéniques occasionnels : 80 % de bons résultats.

— Cénestopathes à élément dépressif marqué : 60 à 70 % de résultats heureux mais récidives fréquentes. La reprise du traitement en vient à bout.

— Psychoses obsessionnelles : résultats moins bons, mais parfois les rémissions sont spectaculaires.

La sismothérapie provoquerait de manière constante un effet tropique remarquable avec généralement retour du sommeil, stimulation de l'appétit.

En médecine mentale, la méthode de CERLETTI s'est imposée d'emblée par ses qualités d'efficacité polyvalentes, de rapidité et de simplicité. Réservée d'abord aux désordres majeurs observés à l'asile, l'électrochoc-thérapie s'est fait rapidement une place en psychiatrie « de service libre » en s'attaquant avec succès à diverses psychonévroses. Puis,

progressivement, ses échappées hors du champ psychiatrique se sont multipliées et c'est en passant en revue ces incursions dans le domaine de la médecine hospitalière en général que nous terminerons ce tour d'horizon sur « la grande époque de la sismothérapie ». Nous nous inspirerons pour cela des travaux de FEUILLET, THIÉBAUX et GÉRARDIN faits au Centre Psychothérapique de Nancy.

7° Applications extra-psychiatriques

Il s'agit en fait d'une véritable collection de faits cliniques disparates avec beaucoup d'observations isolées, de constatations fortuites et, pourrait-on dire, de curiosités dont la grande majorité reste totalement dépourvue de portée pratique.

— Electrochoc et neurologie : cette action englobe plusieurs domaines :

Dans les syndromes algiques, l'efficacité réelle de la méthode est hors de doute.

RADOVICI et WERTHEIM ont pu obtenir la disparition complète ou quasi complète des souffrances, pour une durée de 10 jours à quelques semaines, dans deux syndromes causalgiques, 1 coccygodynie et 1 tabès à crises douloureuses subintrantes. A chaque fois, il a suffi d'une ou deux séances de sismothérapie.

Quelques résultats favorables ont été signalés dans les séquelles zostériennes, les algies des amputés et les névralgies du trijumeau rebelles même à l'alcoolisation du nerf (JANJIGIAN).

Des succès aussi dans certains troubles mentaux : bégaiement, tics et même énurésie :

PACIFICO fait, dans ce dernier cas, des électrochocs lombopubiens (on est loin de la méthode de CERLETTI) et obtient dans 65. % des cas la disparition de l'énurésie diurne.

Il est plus surprenant, sans doute, de voir l'électrochoc agir favorablement, non plus sur des troubles « fonctionnels », mais sur des symptômes nerveux d'un tout autre caractère.

Ainsi R. LEROY et A. LEROY, après avoir cité les observations de trois hémiplegiques améliorés par sismothérapie, soulignent : « Il faut espérer que la convulsivothérapie pourra bientôt réduire considérablement le nombre des hémiplegiques en transformant ces épaves humaines en unités sociales actives. On peut conclure que ni l'hémiplegie, ni l'hypertension ne sont des contre-indications au traitement convulsivant, mais qu'au contraire l'hémiplegie thrombotique ou embolique en constitue une indication, quand l'accident est déjà constitué depuis trois ou quatre mois. »

BRAIN et STRAUSS ont traité par électrochoc une malade atteinte de parkinson post-encéphalitique et d'obsessions et, fait paradoxal, le syndrome somatique s'est mieux amélioré que le syndrome mental : diminution de moitié de la rigidité, et ceci de façon durable, disparition des crises oculogyres et la sialorrhée a cessé d'être gênante.

— Electrochoc et endocrinologie :

Ce sont les travaux de DELAY qui ont poussé de nombreux praticiens à penser à l'électrochothérapie en présence de divers troubles endocriniens ou métaboliques. En effet il a montré que la méthode de CERLETTI jouait au niveau du cerveau par des mécanismes diencephaliques essentiels.

C'est ainsi que TELATIN la proposait en 1947 comme un traitement possible du diabète insipide. DROUET, HACQUARD, HERBEUVAL et SIMONIN ont vu la polydipsie et la polyurie disparaître totalement chez un malade qui a reçu 7 électrochocs.

Dans le domaine des troubles sexuels, MICHON proposait en 1948 un nouveau traitement de l'impuissance et de la frigidité par l'association d'électrochoc et d'implants hormonaux. POLONI, pour les mêmes indications, recourait à sa technique de l'électrochoc lombo-pubien.

Dans le syndrome basedowien des effets bénéfiques sont signalés par SINGER et POROT, tandis que DELAY et BUCEL ont noté des aggravations. Cependant FEUILLET, THIÉBAUX et GÉRARDIN ont traité et guéri par la sismothérapie maintes psychoses associées à l'hyperthyroïdisme sans avoir jamais vu ce dernier s'aggraver.

— Autres applications médicales :

Elles concernent de nombreux secteurs de la pathologie :

CORBELLA et PIREDDA ont traité 14 malades souffrant d'ulcus gastrique. Dans 12 cas ils ont vu des douleurs, les ennuis dyspeptiques et l'hyperchlorhydrie diminuer.

DECOURT et ses collaborateurs, LOPEZ-IBOR et tant d'autres ont guéri ou amélioré des cas d'asthme essentiel.

TOMMASI a fait disparaître par sismothérapie des plaques diffuses de psoriasis.

SUTTET et POROT signalent que l'hypertension artérielle, loin d'être une contre-indication de l'électrochoc, peut au contraire en bénéficier.

AUBIN, PERON conseillent une indication d'intérêt plus immédiat : l'électrochoc réalise de façon simple, rapide et inoffensive une anesthésie profonde de courte durée. Il peut à ce titre rendre maints services à l'hôpital psychiatrique pour de petites interventions, des explorations difficiles.

Après cette énumération, notons au passage ce que LAPIPE et RONDEPIERRE pensent de la sismothérapie en dehors des psychoses et des psychiatres : « L'action, au moins passagère, de l'électrochoc sur le système neuro-végétatif devait conduire à l'essayer dans tous les cas où celui-ci est dérégulé ; c'est ainsi que la porte est ouverte à toutes les exagérations et à tous les abus. »

FEUILLET, THIÉBAUX et GÉRARDIN sont moins catégoriques : « Loin de nous l'idée de présenter la sismothérapie comme une panacée, ou

même, modestement, comme un procédé parfois recommandable dans l'hyperthyroïdie, le rhumatisme chronique, l'eczéma ou l'aménorrhée. Nous pensons, par contre, que cette méthode simple, rapide et inoffensive, mérite bien d'être essayée dans nombre de syndromes algiques rebelles, avant d'envisager des solutions plus radicales. Si celles-ci s'avèrent inévitables, l'électrochothérapie aura, du moins, permis de les préparer, ne serait-ce qu'en combattant l'anxiété du malade, en interrompant une intoxication médicamenteuse. »

CONCLUSION

L'électrochothérapie a peu à peu conquis tous les domaines. Armé d'une telle thérapeutique, le psychiatre avait transformé « l'asile » en centre hospitalier spécialisé largement ouvert, où les malades ne venaient plus échouer comme des épaves; au contraire, ils pouvaient y bénéficier des soins adaptés à leur état avec beaucoup de chances de succès. On était loin de l'époque où le psychiatre était condamné à suivre avec une impression pénible d'impuissance la progression inéluctable de certaines maladies mentales vers la déchéance définitive.

Et c'est dans ce ciel serein qu'éclate, en 1952, le coup de tonnerre qui devait marquer l'avènement de la chimiothérapie et pour quelques-uns la « condamnation » de l'électrochoc : ce coup de tonnerre fut l'apparition de la chlorpromazine (4560 RP ou Largactil).

CHAPITRE II

LA "CONDAMNATION"
PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE

Chapitre II

LA "CONDAMNATION" PAR LA CHIMIOTHERAPIE

L'invention de la neuropharmacologie se range sans contestation parmi les plus importants événements médicaux des dix dernières années. Elle fut faite au moment où la psychiatrie connaissait par ailleurs une extension considérable de ses champs de recherche et d'action, ainsi qu'un affinement et une élaboration nouvelle de ses instruments. Cette science récente amène à repenser et à approfondir les termes de la psychopathologie clinique et expérimentale, ainsi que les techniques psychothérapiques. Celles-ci, loin de diminuer les indications de celles-là, ne fait que les étendre à des catégories de malades qui leur étaient jusqu'alors inaccessibles. Ces transformations ne vont pas sans entraîner une absolue nécessité de révision et d'adaptation aux problèmes soulevés.

Les cliniciens disposent actuellement d'un grand nombre de drogues dont les indications et contre-indications vont en se précisant déjà, alors qu'il y a encore peu d'années rien ne laissait prévoir leur découverte ni les transformations profondes qui en découleraient.

Une question se posait devant cette multiplication de médicaments : l'électrochoc pourra-t-il garder toutes ses indications ou sera-t-il supplanté par la chimiothérapie ? C'est ce que nous essaierons de voir en passant en revue la plupart de ces drogues, ainsi que leurs indications, et surtout en confrontant les avis de nombreux psychiatres. Mais auparavant, il est peut-être préférable, comme nous l'avons fait pour l'électrochoc, de remonter dans la nuit des temps à la recherche des origines millénaires de cette pharmacopée et de suivre son pas jusqu'à l'époque actuelle.

HISTORIQUE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

La médecine a pris, de nos jours, une place aussi considérable dans l'existence de l'homme sain que dans celle de l'homme malade. Elle a atteint un haut degré de perfectionnement et le mérite en vient, en grande partie, de la thérapeutique dont la position éminente occupée dans la vie contemporaine est l'aboutissement d'innombrables efforts, le fruit d'une longue série de labeurs individuels.

Maurice BARIÉTY et Charles COURY ont édité en 1963 un livre merveilleux, « Histoire de la Médecine », qui retrace les efforts faits par les hommes, depuis des millénaires jusqu'à nos jours, pour soulager leurs souffrances. Nous le parcourons ensemble, si vous le voulez bien, pour découvrir les étapes qui ont marqué l'évolution de la médecine et par contre-coup celle de la thérapeutique. Mais, avant de le faire, citons ces quelques phrases qui, à notre avis, résument tout notre chapitre consacré à l'historique de la chimiothérapie : « Pour qui sait en tirer les leçons, le passé est une porte ouverte sur l'avenir. Un regard porté en arrière aide souvent à aller de l'avant : les hommes, comme les nations ont besoin de s'appuyer sur leurs souvenirs pour avancer d'un pas sûr. Le progrès s'édifie en grande partie sur l'expérience acquise, retenue dans la mémoire, mise à profit dans le présent et projetée dans le futur. L'inventaire de ce qui est accompli aide à mieux connaître ce qui reste à réaliser et renseigne utilement sur les moyens d'y parvenir. »

THERAPEUTIQUE MILLENAIRE

— L'instinct de se soigner est aussi vieux que la maladie et traduit le souci de la préservation fonctionnelle. Tous les êtres vivants obéissent à une impulsion naturelle, qui les pousse à tenter de soulager leur mal ou celui de leurs semblables. Le quadrupède évite de faire porter son poids sur une patte brisée et l'oiseau met au repos son aile malade. Au cours de leurs vagabondages, chiens et chats sont habiles à sélectionner quelque herbe qui les purge et ils lèchent précautionneusement leurs plaies. La mangouste mordue par un cobra sait trouver d'urgence une plante antidote, mais le premier thérapeute qui a essayé de soulager la souffrance d'autrui, dans un but désintéressé, est sans doute le singe qui débarrasse charitablement ses congénères des parasites qui les infestent.

Instinctive dans le règne animal, la médecine originale devient naturellement intuitive dans la race humaine. C'est ainsi qu'elle était probablement chez l'« homo sapiens » de Cromagnon et beaucoup

d'archéologues estiment que les lacunes circonscrites, retrouvées sur certains crânes vieux de plusieurs millénaires sont en réalité consécutives à des trépanations instrumentales thérapeutiques. Il est probable que l'homme primitif a appris de fort bonne heure à calmer une fièvre dévorante par immersion dans l'eau fraîche des rivières et à utiliser les vertus de certaines plantes.

— C'est en Orient méditerranéen que la vraie médecine a commencé ses premiers balbutiements. Au temps des Pharaons, la profession médicale était réglementée. Voici quelques « ordonnances » datant de cette époque et retrouvées sur des papyrus : « Si l'urine d'un homme est blanche comme celle d'un âne et si le sang vient après qu'il a uriné, cet homme est atteint de blennorragie. Deux sicles de résine de galbanum, un tiers de qa de vinaigre dans un vase tu... A travers un tube de bronze introduit dans le pénis tu verseras. Un demi qa d'huile et de bière Kurunnu... il boira et il guérira. »

« Si tu examines un malade, souffrant de douleurs à l'estomac et qui vomit fréquemment, et si tu trouves une saillie des parties antérieures, si ses yeux sont las et si son nez est pincé, tu diras alors « C'est une putréfaction des excréments ». Tu prépareras un remède composé de pain, de farine blanche et d'absinthe en grande quantité; tu ajouteras de l'ail et tu le feras ingérer au malade avec du gras de bœuf et de la bière contenant des ingrédients variés, pour ouvrir la voie à ses excréments. »

La plupart des prescriptions comportaient avant tout des remèdes magiques. Les uns étaient insolites, bizarres, ou difficiles à obtenir, comme le poil de bouc, la chair de lézard, la peau de caméléon, l'infusion de scorpion, le fiel de poisson, la queue de truie, la graisse des vipères. Les autres étaient répugnants, nauséabonds, et souvent excrémentiels comme la fiente de mouche, l'urine de quadrupède, la farine pourrie, l'eau souillée d'un blanchisseur, la vulve de chienne, l'utérus de chatte, le pénis d'âne.

Mais la pharmacopée orientale comptait aussi des drogues plus rationnelles, surtout des substances végétales dont beaucoup ont conservé jusqu'à nos jours leurs usages thérapeutiques plus ou moins efficaces : absinthe, acacia, ail, anis, chanvre indien, colchique, gentiane, jusquiame, menthe, oignon, pavot, scille, etc...

Les préparations et les modes d'administration ne différaient guère de ceux de la pharmacopée galénique encore en usage dans la prescription magistrale : pilules, potions, baumes, pommades, collyres, ovules. Lorsque le médicament était destiné à être ingéré, on l'incorporait volontiers à une boisson ou à un aliment comme le lait, la bière, l'huile ou le miel. Cette riche pharmacopée, cette diversité d'emploi, cet apparent modernisme, ne doivent cependant pas tromper quant à la spécificité et à l'efficacité de la thérapeutique à cette époque. Ce n'est qu'au fur et à mesure que les siècles passent que cette thérapeutique sort de son empirisme et se trouve régie par des règles de plus en plus rationnelles. Différentes figures légendaires ont marqué cette évolution.

Ainsi, au ^v^e siècle avant Jésus-Christ, HIPPOCRATE utilisait judicieusement les propriétés diurétiques de la scille et surtout les vertus sédatives et narcotiques de la jusquiame, de la mandragore, de la belladone et de l'opium.

GALIEN (131-201) apporte dans le traitement des affections médicales, plus de nouveauté dans les principes généraux et les détails de la prescription que dans les procédés utilisés. Adolescent, il s'intéressait déjà à la botanique et il s'est efforcé par la suite de rationaliser l'emploi des différentes drogues, d'en rechercher certaines indications spécifiques et d'écarter nombre de substances fantaisistes. Il a recours à la pharmacopée antique et traditionnelle et cette pharmacie, qui ne comporte pas moins de 473 produits, prendra désormais le nom de galénique. Il aimait beaucoup donner des mixtures composées de plusieurs dizaines d'ingrédients divers, parmi lesquels les opiacés occupaient, bien entendu, la première place.

Depuis GALIEN, la médecine va entrer dans une pénombre qui va durer une quinzaine de siècles environ. En effet, parlant du Maître de Bergame, BARIÉTY et COURY écrivent : « Son système marque le point culminant dans l'histoire de la médecine antique. Rares sont ceux de ses contemporains ou de ses successeurs immédiats à qui revient une place notable. Les meilleurs d'entre eux paraissent écrasés par la géante figure du Maître. » Quelques noms brillent cependant dans cette pénombre :

— Alexandre de TRALLES qui parle des contre-indications de la chimiothérapie : au sujet de l'emploi d'un opiacé dans les affections pulmonaires, il écrit : « Il risque de tuer les sujets très faibles ou ceux dont la poitrine renferme une quantité excessive de matières à rejeter. Si son action semble calmer la toux et amener le sommeil, elle augmente en réalité l'embarras thoracique, de sorte que beaucoup de malades sont asphyxiés comme avec un lacet. »

— Les médecins arabes ABU ALI AL HUSSEIN IBN ABDALLAH IBN SINA, plus connu sous le nom d'Avicenne, et ABUL WALID MOHAMMED IBN ROSCHD, appelé aussi Averroès, ont expérimenté et préparé un très grand nombre de drogues végétales ou minérales. Pendant plus de deux siècles (980-1198) ils ont nourri la pensée médicale et transmis quelques prescriptions : ingestion de la moelle osseuse pour traiter l'anémie, introduction de l'aconit en thérapeutique.

— SYDENHAM, en 1680, développa l'usage de l'opium et recommande chaudement l'emploi de l'écorce de quinine contre les fièvres malariques.

L'énumération des différents travaux du moyen âge dans les pays du monde serait longue et fastidieuse. C'est pour cela qu'il nous faudra faire un bond au-dessus des siècles pour atterrir à l'époque contemporaine, plus féconde en découvertes médicamenteuses.

THERAPEUTIQUE DE L'EPOQUE CONTEMPORAINE

Les progrès de la chimie, organique et biologique, ont mis fin à l'empirisme thérapeutique millénaire dès le début du XIX^e siècle.

La thérapeutique végétale traditionnelle a été considérablement rajeunie et revalorisée par de nombreuses découvertes.

— En 1806, isolement de la morphine à partir de l'opium par SERTUERNER et c'est le départ de l'élargissement du groupe des opiacés par la codéine (ROBIQUET, 1832), l'héroïne (DRESER, 1898) et le pantopan (SAHLI, 1909).

— PELLETIER et CAVENTOU découvrent la quinine en 1820 et cet antimalarique puissant fut aussi utilisé dans le traitement de l'arythmie cardiaque complète par fibrillation auriculaire.

— D'autres drogues, couramment utilisées actuellement (théobromine, digitale, héparine, papavérine, camphre...), ont vu le jour simultanément ou successivement. Décrire les circonstances de leurs découvertes sortirait un peu de l'orientation générale de ce travail. Nous les laisserons de côté pour nous attarder un peu sur quelques produits qui ont un rapport avec la psychiatrie : nous voulons parler des hypnotiques et anti-comitiaux.

Le chloral, découvert par LIEBIG en 1832, les bromures, introduits en médecine par LOCOCK en 1851, comptent parmi les plus anciens sédatifs et calmants des crises convulsives. Le pas décisif fut franchi par FISCHER et VON MERING qui, avec le véronal ont inauguré en 1902 la série des médications des barbituriques : gardénal, dial, sonéryl et nembutal. Ces différentes drogues ont été surtout utilisées comme hypnotiques jusqu'au jour où HAUPTMANN découvre dans le gardénal le médicament par excellence de l'épilepsie motrice. Ce fut le départ de la découverte de la majorité des anticomitiaux actuels.

— Dans le domaine de la psychiatrie pure, il suffit d'évoquer CHARCOT et l'hypnotisme, JANET et les « médications psychologiques », FREUD et la psychanalyse, pour mesurer le pas déjà franchi dans ces premières années du XX^e siècle. Un autre devait l'être avec l'introduction des méthodes de choc et il est curieux de noter que ces thérapeutiques qui devaient bouleverser les traitements des psychoses ont été découvertes en l'espace de quatre ans. Jugez-en :

En 1934, SAKEL, pendant qu'il travaillait à la Clinique de Pötzl, à Vienne, fut le premier à proposer l'emploi de l'insuline pour obtenir une hypoglycémie pouvant se révéler précieuse dans le traitement de la schizophrénie. Précédemment SAKEL avait employé l'insuline dans le traitement des toxicomanies, et avait été impressionné par la manière dont l'insuline tendait à contrôler l'agitation et l'irritation, facteurs importants dans tels cas. En peu de temps, elle est devenue un produit utilisé sur une vaste échelle dans le traitement de la schizophrénie; les résultats obtenus en différents endroits ont fait naître l'espoir qu'enfin

une forme de traitement était utilisable et qui pouvait faire beaucoup pour empêcher la lente détérioration à laquelle conduisait, en règle générale, la schizophrénie.

Environ à la même année de la découverte de SAKEL, VON MEDUNA, à Budapest, introduit le traitement des psychoses schizophréniques par convulsions provoquées, sur la base de l'observation vague que l'épilepsie se rencontrait rarement chez les schizophrènes. La méthode consiste essentiellement à provoquer des convulsions de forme épileptique à des intervalles variables, grâce à l'injection intra-veineuse de cardiazol.

En 1938, CERLETTI et BINI introduisirent l'électrochoc pour déclencher la crise d'épilepsie à la place du cardiazol. Nous n'insisterons plus là-dessus.

Que le lecteur nous excuse s'il trouve trop long cet historique de la chimiothérapie en général. Nous avons voulu y mettre en relief les différents stades de l'évolution de la pharmacopée actuelle et toute énumération de ce genre est forcément fastidieuse.

Nous avons intentionnellement laissé de côté la découverte de la phénothiazine en 1883 par le chimiste allemand BERNTHSEN. En effet, par souci de plus grande clarté, il nous a semblé judicieux de n'en parler que dans la partie réservée à la chlorpromazine.

Après avoir retracé l'historique des thérapeutiques médicamenteuses utilisées actuellement il nous faut analyser les étapes du progrès récent qui a permis d'aboutir à la constitution de l'arsenal chimiothérapique dont dispose aujourd'hui le psychiatre pour le traitement des maladies mentales. Nous serons aidé pour cela par les différents traités publiés ces dernières années par l'Ecole Lyonnaise, à qui revient le grand mérite de faire souvent le point des différentes thérapeutiques psychiatriques, au fur et à mesure qu'elles apparaissent. Ainsi tenu au courant, presque au jour le jour, le psychiatre risque moins d'être submergé par le flot incessant des nouveaux médicaments. Nous tenons donc à rendre hommage à tous les membres de cette Ecole : M. le Professeur DECHAUME et les auteurs suivants : ACHAINTE, BALVET, BEAUJARD, BECACHE, BERTHIER, BROUSOLE, GUYOTAT, LAMBERT, PERRIN, REQUET, REVOL et VERMOREL.

Première étape : **LA CHLORPROMAZINE**

Son historique :

Un bref historique nous permettra de retrouver l'enchaînement rationnel des circonstances qui ont entouré la naissance, puis les premières applications de la chlorpromazine qui a sonné pour de nombreux praticiens le premier glas de la sismothérapie.

La chlorpromazine est un dérivé de la phénothiazine. Cette dernière substance, synthétisée par BERNTHSEN en 1883, connut des fortunes

diverses avant de trouver sa voie actuelle, tant riche en promesses d'avenir. Elle sombra d'abord dans l'oubli pour réapparaître en 1934 sous forme d'insecticide. Elle est ensuite employée en 1938 comme anthelminthique. HALPERN découvre en 1945 la puissante activité anti-histaminique de certains dérivés de la phénothiazine : c'est ainsi que naquit le phénergan, suivi ensuite par la diéthazine (diparcol) et l'isothiazine (parsidol). L'étude des actions secondaires de ces derniers produits sera, dès lors, un facteur de progrès : ainsi leurs effets hypnotiques, sédatifs et anti-émétiques donnèrent lieu à beaucoup de travaux en vue de leur application en clinique. Le fruit de toutes ces recherches laborieuses fut la découverte, par les services scientifiques Rhône-Poulenc-Spécia, du chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3 propyl) 10 phénothiazine d'abord étudié sous le numéro 4560 RP puis spécialisé sous le nom déposé de Largactil. Ce fut le départ de la fortune. Son intérêt s'est affirmé tout d'abord dans les états psychotiques aigus puis, secondairement ses indications se sont étendues aux psychoses de longue évolution.

Ses indications :

Si la chlorpromazine mérite, à tous égards, la première place des médicaments qui se sont taillé une part de lion dans le champ des indications de l'électrochoc, il serait impossible de rendre compte, ici, de la masse des travaux et des publications que ce corps a suscitées, pour ne parler que de ses aspects neuropsychiatriques. Nous nous contenterons de citer simplement quelques résultats d'expérimentation d'auteurs français qui nous ont paru les plus saillants.

— *Les états d'agitation et d'excitation psychomotrice* représentent l'une des meilleures indications de la chlorpromazine. DELAY, DENIKER et HARL ont rapporté plusieurs cas d'excitation du type maniaque où la sédation complète de l'accès fut obtenue par le 4560 RP, à l'exclusion de toute autre médication et dans un laps de temps égal ou inférieur à celui qu'on aurait pu escompter avec les thérapeutiques de choc. Ils concluent : « On sait les résultats assez souvent décevants de l'électrochoc dans les états d'excitation de type maniaque; on constate avec notre méthode, souvent dès la première injection, des effets susceptibles de transformer l'aspect des services d'agités. »

CHATAGNON et CHANOIT ont systématiquement soumis au 4560 RP, 41 malades d'un pavillon d'agités, quelle que soit l'étiologie de l'excitation psychomotrice. Parmi celles-ci figuraient non seulement des agitations maniaques, mais aussi des excitations ou des manifestations impulsives chez des schizophrènes, des manifestations psychomotrices au cours de psychoses hallucinatoires chroniques ou encore chez des débiles mentales ou des hystériques. Les résultats ont été dans l'ensemble favorables. Nous croyons que c'est certainement dans ces pavillons appelés « des chroniques » que les résultats ont été les plus sensibles : nous avons demandé à plusieurs infirmières et infirmiers de Ravenel d'évoquer leurs souvenirs et ils nous ont tous affirmé que la chlorpromazine avait été accueillie comme une véritable bénédiction qui leur

permettait, en calmant les plus excités et les plus turbulents des malades, de mieux vaquer à leurs occupations professionnelles. Un silence apaisant s'est abattu sur ces pavillons, autrefois perturbés par les hurlements incessants et l'agitation désordonnée de quelques malades.

— *Dans les états schizophréniques* les premiers essais du 4560 RP ont donné parfois d'intéressants résultats, souvent après échec des thérapeutiques habituelles.

LABOUCARIE, RASCOL et BENICHOU ont traité 12 schizophrènes qui ont tous résisté à la cure de Sakel et à l'électrochothérapie. Ils ont obtenu 4 guérisons, 7 améliorations et 1 aggravation.

De même THIÉBAUX et BOYER ont expérimenté à Ravenel le produit chez 13 schizophrènes évoluant depuis plusieurs années. Ils avaient subi, sans aucune amélioration, toutes les thérapeutiques biologiques et les auteurs envisageaient déjà chez eux le recours à la lobotomie. Après quelques semaines de traitement, ils ont constaté :

Chez 5 hébéphréno-catatoniques : 1 amélioration et 1 échec;

Chez 8 paranoïaques : 1 rémission complète, 6 améliorations notables et 1 échec.

L'efficacité du traitement s'est traduite par une disparition rapide de l'obnubilation, un accroissement de l'intérêt, un véritable déblocage affectif, une reprise de l'activité, une transformation du comportement devenant cohérent et adapté. Cela a permis de rendre à ces malades une vie sociale intra-asilaire presque normale, la reprise des contacts familiaux, permettant ainsi une activité ergo et psychothérapique accrue. HYVERT, FAGARD et HUCHON décrivent cette action en ces termes :

« L'amélioration débute en général par une reprise d'un contact meilleur.

« Le malade qui, jusqu'alors était indifférent, inactif, souvent sale, devient propre, reprend un bon contact avec l'interlocuteur et s'intéresse à ce qui l'entoure.

« En deuxième lieu apparaît un désir d'activité. Le malade demande à s'occuper. » Ils concluent en disant : « La chlorpromazine, employée à doses suffisamment élevées, et appliquée d'une manière continue, apporte donc, sur le traitement des malades chroniques, jusqu'ici irréductibles, des possibilités d'amélioration, inconnues jusqu'à ce jour et inexplicables dans l'état actuel de nos connaissances. »

— *Dans les psychoses hallucinatoires* : RONDEPIERRE, HIVERT, HONORÉ et VAUGELADE, dans une communication sur les résultats favorables obtenus par la chlorpromazine dans les psychoses de fâcheux pronostic, ont cité les cas de trois malades atteints de psychose hallucinatoire chronique et qu'ils ont guéris complètement par le largactil à la suite de l'échec de l'électrochoc.

Les auteurs montrent ainsi que des psychoses, jusqu'ici considérées comme incurables, peuvent entrer en excellente rémission par le largactil. D'ailleurs, ils sont les précurseurs d'une méthode qui aura de

grandes répercussions par la suite : ils affirment en effet que dans les cas rebelles, l'association des électrochocs aux neuroleptiques semble donner de bons résultats.

De leur côté, THIÉBAUX et BOYER ont observé, chez quatre malades atteints de psychose hallucinatoire chronique : 1 guérison complète et 3 améliorations importantes. Ils ont observé soit une disparition complète des hallucinations, soit une persistance des phénomènes pathologiques; ces derniers perdent leur charge affective, ne sont plus considérés par le malade comme une « réalité » mais perçus comme provenant d'un mauvais fonctionnement du système nerveux; ils n'entraînent plus de réactions anti-sociales. Cette action pourrait être comparée à une lobotomie mais sans les manifestations de syndrome post-lobotomique.

— *Dans la dépression mélancolique et les névroses*, la chlorpromazine ne donnerait, selon DELAY et DENIKER que des résultats inconstants. Ils estiment que « la puissance d'action qui fait l'originalité de la chlorpromazine dans le traitement des psychoses n'a pas d'application majeure dans le domaine des névroses où son efficacité ne se différencie pas radicalement de celle des autres sédatifs classiques ou modernes ». Les effets secondaires sont ressentis désagréablement par les sujets névrotiques. Nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer personnellement de véritables crises d'anxiété survenant chez des névropathes traités par largactil à la suite d'une tachycardie, d'engourdissement des doigts ou de crampes aux membres inférieurs.

— *Les confusions mentales et les bouffées délirantes* constituent avec les états d'excitation psycho-motrice, les indications majeures de la chlorpromazine. Nous ne nous étendrons pas là-dessus, pas plus que sur les cures de sommeil sous largactil et l'hibernation artificielle, car il nous faudrait des pages et des pages pour en rendre compte.

La chlorpromazine a suscité un véritable enthousiasme parmi les psychiatres et en juillet 1955, soit à peu près deux ans après sa commercialisation, le Docteur DENBER, de New-York, estimait à 5 millions le nombre des malades traités par le produit. La suprématie de l'électrochoc dans le traitement des maladies mentales ne pouvait rester sans être ébranlée par cette gloire grandissante. Les adversaires de la sismothérapie avaient entre les mains un argument de poids et ils se jetèrent dans la bataille avec plus d'acharnement qu'auparavant. Le premier accrochage, si l'on peut dire, a eu pour théâtre une réunion de la Société Médico-Psychologique, celle du 28 février 1955, entre d'une part BARUK, LAUNAY et BERGES et, d'autre part, DENIKER.

Après avoir rendu compte des résultats de leur expérimentation de la chlorpromazine les premiers auteurs cités écrivent : « ...De toute façon, cette action rapide sur les symptômes psychopathiques, ces transformations spectaculaires du malade, sont maintenant possibles grâce à d'autres thérapeutiques qui, comme la chlorpromazine, sans présenter les inconvénients des méthodes de choc, permettent non seulement de débloquer rapidement les syndromes mentaux, mais encore d'améliorer les troubles psychologiques beaucoup plus en profondeur...

On peut donc dire, en toute objectivité, qu'en comparant d'une part les résultats cliniques obtenus, d'autre part les dangers et les accidents, le traitement par la chlorpromazine peut largement remplacer les méthodes de choc en psychiatrie. » DENIKER répond alors : « Les constatations des auteurs sont pratiquement celles que nous indiquions dans un travail d'ensemble en juillet 1952 (Congrès de Luxembourg). Nous serons toutefois plus réservés qu'eux en ce qui concerne les résultats sur la mélancolie vraie où l'électrochoc semble conserver d'indiscutables indications, de même que l'insulinothérapie dans la schizophrénie. »

La thérapeutique par sismothérapie, assaillie d'une part par la chlorpromazine, n'en est pas encore remise, qu'elle voit déjà le rang de ses adversaires s'enrichir d'une nouvelle arme représentée par un dérivé du *Rauwolfia Serpentina*, la réserpine. Ce sera la deuxième étape de l'évolution de la chimiothérapie psychiatrique.

Sa découverte :

Cette étape débute avec l'utilisation psychiatrique moderne des extraits de la racine de *Rauwolfia serpentina*, remède millénaire de l'Inde. Cette plante, qui pousse au pied de l'Himalaya, est utilisée depuis plusieurs millénaires comme remède familial pour provoquer le sommeil chez les enfants et comme traitement de la folie. Elle est connue en Europe depuis plusieurs siècles grâce aux conquérants portugais et hollandais qui ont fait des incursions dans les Indes. Elle fut alors utilisée par différents praticiens européens du XVII^e siècle contre l'anxiété et surtout contre les morsures de serpents. Après des fortunes diverses, elle réapparaît dès 1931 dans les travaux des auteurs indiens, SEN et BOSE; de ces travaux il découle que la plante est « efficace seulement pour un certain type d'aliénation qui est commun, la folie avec violents symptômes maniaques... » autrement dit, en cas d'agitation psychomotrice. Elle serait contre-indiquée « dans le type morose de la folie » et elle posséderait « un effet calmant » chez les hystériques et « une action dépressive marquée sur les centres sexuels ». Pendant plus de vingt ans, des travaux vont se poursuivre en Inde, presque à l'insu de l'Occident et en 1943, GUPTA, DEB et KAHALI l'expérimentent avec de bons résultats dans 15 cas de psychoses.

En même temps que les expérimentations, différentes recherches ont été faites dans le but d'analyser la composition chimique de cette plante; il en est résulté l'identification puis l'isolement de plusieurs alcaloïdes dont le plus prestigieux est la réserpine, fruit de plusieurs années de labeur dans les laboratoires Ciba de Bâle. C'était le principe sédatif longtemps cherché par les auteurs indiens et qui possède, en dehors de ses propriétés psycho-sédatives, une puissante action hypotensive.

Il est mis à la disposition du corps médical en 1954 sous le nom de Serpasil. Différents praticiens s'en emparèrent et c'est en compulsant les résultats de leurs études que nous allons essayer de délimiter les principales indications psychiatriques du Serpasil.

Ses indications psychiatriques

La posologie psychiatrique est quadruple, voire décuple, des doses usitées pour le traitement de l'hypertension artérielle. D'autre part, dès les premiers essais, il apparut que, malgré certaines différences, la réserpine et la chlorpromazine présentent en clinique de frappantes similitudes.

— *Dans les syndromes d'excitation maniaque*, la réserpine s'est révélée un très précieux médicament. Sur 20 cas observés, MAUREL a constaté 11 guérisons, 8 améliorations et 1 échec. Il pense que cette indication nécessite une posologie spéciale, souvent supérieure à 15 mg :

qu'il est nécessaire de franchir pour que le traitement soit efficace, de sorte que nous nous demandons si quelques-uns de nos échecs ne sont pas imputables à l'insuffisance de la posologie. »

D'autre part tous les auteurs qui ont utilisé le Serpasil sur une large échelle dans leurs services d'agités ont été unanimes à en apprécier les heureux effets dans l'agitation chronique, indépendamment de l'affection en cause.

— *Les bouffées délirantes polymorphes* ont fourni à MAUREL les succès les plus brillants : 7 guérisons sur 7 cas traités. L'efficacité de la réserpine serait très précoce, égale ou même supérieure à celle de l'électrochoc. En quelques heures on obtenait le calme et la résolution de l'élément subconfusionnel.

— *Dans la schizophrénie*, grande discordance entre certains auteurs américains et leurs collègues français.

MAUREL rapporte 20 améliorations satisfaisantes sur 23 cas traités, pour la plupart anciens et graves. Les formes hébéphréniques avec « athymormie » prédominante se sont montrées aussi sensibles au traitement que les formes catatoniques et délirantes.

Pour DELAY, les formes hébéphréniques avec athymie et inertie ne sont guère modifiées tandis que quelques formes de catatonie agitée ont fourni quelques bons résultats.

FOUKS a obtenu des améliorations importantes, pouvant aller jusqu'à la sortie, chez des malades hospitalisés depuis 3 à 10 ans et même 20 ans.

— *Chez les névropathes*, DELAY a obtenu des résultats très satisfaisants; l'effet calmant serait particulièrement net chez les anxieux et chez les insomniaques; mais ce sont surtout les innombrables manifestations psycho-somatiques, si fréquentes chez ces malades, qui paraissent le mieux influencées par la médication. La réserpine n'entraîne pas de troubles neuro-végétatifs comme la chlorpromazine et « tout se passe comme s'il existait une sortie de seuil thérapeutique c'est un bon point car les névropathes sont toujours affolés par ces manifestations, aussi bénignes soient-elles. FOUKS déclare que la réserpine est le meilleur médicament chez les névrotiques, les cénestopathes et les dépressifs. Elle permettrait en particulier une psychothérapie efficace chez ces malades.

En dehors de ces indications essentielles, la réserpine a aussi été essayée dans la mélancolie et les psychoses hallucinatoires chroniques avec des résultats aussi bien favorables (FOUKS) que défavorables (MAUREL). De nombreux psychiatres ont obtenu, d'autre part, de nombreux succès en traitant des déliriums trémens par le Serpasil : ce dernier se révélera par la suite un excellent médicament dans les délires alcooliques confuso-oniriques.

Il est bien entendu que l'apparition de la réserpine a fait gagner de nouveaux adeptes au clan des adversaires de l'électrochoc. Ainsi NOCE,

cité par FOUKS, écrit à propos des bons résultats obtenus par cette drogue : « Les malades ont subi une métamorphose : de rageurs, combatifs et insociables, ils sont maintenant devenus des individus gais, sociables, amicaux, relativement normaux et qui sont justiciables de mesures psychothérapiques et de réadaptation. Les malades hyperactifs sont devenus calmes et tranquilles, les malades bruyants sont devenus silencieux tandis que les malades déprimés sont devenus alertes et joyeux. Actuellement, dans les services qui utilisent le serpasil, l'isolement, les moyens de contention et les thérapeutiques électroconvulsives ont été presque éliminées. Il semble presque incroyable qu'un remède puisse remplacer la thérapeutique électroconvulsive de cette sorte mais apparemment un telle drogu a été découvtrte... »

Deux voix se sont élevés pour répondre à cette véritable harangue de NOCE : celle de FOUKS, pour l'approuver et celle de DESHAIES qui déclare simplement : « Sonner le glas des méthodes de choc me paraît singulièrement prématuré. » Les deux positions sont ici irréconciliables car si la chlorpromazine peut être associée à l'électrochoc, il ressort notamment des travaux de COLLIER et DEFER que la sismothérapie doit être formellement contre-indiquée chez les malades traités par la réserpine.

Comme nous venons de le voir, la découverte de la chlorpromazine et de la réserpine a fourni au psychiatre, entre les années 1952 et 1954, des armes révolutionnaires pour lutter contre les maladies mentales. Mais, comme on n'arrête pas le progrès, leur utilité remarquable a donné le signal de départ d'une véritable course à la recherche de nouveaux dérivés, soit à partir de noyaux d'efficacité connue, comme les phénothiazines, soit à partir de nouvelles essences de *Rauwolfia*, soit à partir de drogues connues pour d'autres activités majeures mais possédant une action psychotrope secondaire (antihistaminiques, sympatholytiques, curarisants, dépresseurs médullaires), soit enfin à partir de corps, de synthèse, entièrement nouveaux. Il en est résulté une véritable floraison de médicaments qui englobent actuellement tout le domaine de la psychiatrie. Evidemment tous ces produits sont entrés, comme leurs aînés, plus ou moins en opposition avec l'électrochoc et il nous a semblé utile d'en passer une revue générale qui, nous le craignons, mais c'est inévitable, paraîtra un peu longue.

Troisième étape : **LES NOUVEAUX NEUROLEPTIQUES**

Depuis la découverte de la chlorpromazine, nous avons vu que les chimistes, physiologistes et cliniciens ont conjugué leurs efforts pour améliorer encore le rendement de la thérapeutique neuroleptique. Il en est résulté un grand nombre de produits que nous avons classés en dérivés de la phénothiazine et en butérophénones : ces derniers dérivent de noyaux nouveaux, inconnus jusque-là.

DÉRIVÉS DE LA PHÉNOTHIAZINE

Ils constituent de loin le groupe le plus grand et le plus important des neuroleptiques utilisés actuellement pour le traitement des psychoses. D'après le plan de l'Ecole Lyonnaise, nous distinguerons les médicaments incisifs de ceux qui sont considérés comme sédatifs et tranquillisants.

LES NEUROLEPTIQUES INCISIFS

Ce sont des produits dont l'effet sédatif est moins marqué que celui de la chlorpromazine mais qui possèdent une activité thérapeutique majorée dans certaines psychoses. Nous citerons :

La Prochlorpémazine

D'abord utilisée contre les nausées, les vomissements et la migraine, elle fut bientôt utilisée en psychiatrie sous le nom de Témentil. Il faut signaler ici les travaux de BROUSSOLLE et DUBOR à qui revient le mérite d'être les premiers à avoir expérimenté ce produit dans les psychoses. Il en ressort que la prochlorpémazine est surtout efficace dans :

— *Les états d'excitation psychomotrice* : son action serait inégale et constante surtout dans les manies franches (BROUSSOLLE et ses collaborateurs; LECOMTE, CERTOUX et GARRABE). Elle serait supérieure à celle de la chlorpromazine car, aux doses efficaces, elle n'entraîne pas de somnolence.

— *Les syndromes schizophréniques* : pour BROUSSOLLE, c'est dans ce domaine que les résultats sont les plus surprenants : « Les formes paranoïdes voient en peu de temps leur agitation ou leur agressivité tomber, la cohérence et la syntonie réapparaître, comme si le produit avait un pouvoir anti-dissociatif. » Les formes hébéphrénocatatoniques, plus désespérantes, sont souvent améliorées, les malades sortent de leur mutisme et de leur apragmatisme, expriment le désir de travailler, de guérir pour quitter l'hôpital.

— *Les états délirants* : surtout ceux où prédominent les hallucinations auditives : la prochlorpémazine amène une diminution ou même l'arrêt des hallucinations auditives et des autres éléments du syndrome d'automatisme mental, la perte de l'actualisation du délire.

En dehors de ces états, la prochlorpémazine s'est révélée peu hypnogène, peu anxiolytique ou antidépressive et elle a pu atténuer des troubles caractériels notamment chez les épileptiques.

Son maniement, un peu difficile, nécessite, tout au moins au début, une surveillance médicale stricte. Elle a cependant été prescrite en post-cure sans inconvénients.

La Thiopropérazine

Elle a pris naissance parce que les chercheurs ont eu l'idée d'exploiter les propriétés anti-émétiques des phénothiazines. Ainsi la thiopropérazine (7843 RP ou Majeptil) possède une activité cataleptique et anti-apomorphine remarquable. Son originalité vient de la posologie qui est de l'ordre du milligramme.

De telles propriétés ont pour corollaire clinique des effets anti-psychotiques d'une qualité encore inégalée. En revanche, elles confèrent à ce médicament la particularité de déterminer toute une séméiologie d'accompagnement à expression surtout neurologique (manifestations akineto-hypertoniques). Ces effets latéraux sont atténués par l'emploi concomitant de médications correctives (anti-parkinsoniens, nozinan) sans réduction de l'efficacité thérapeutique.

Ses indications recouvrent en partie celles de la prochlorpémazine, c'est-à-dire celles où l'autorité de l'électrochoc semble déjà battue en brèche par de nombreux produits. Si elle donne de bons résultats dans les troubles caractériels chez les épileptiques, débiles mentaux et grands arriérés, ainsi que dans les confusions mentales, son trépied préférentiel est constitué par :

— *Les syndromes maniaques* : action très rapide et très puissante de 7843 RP, qu'il s'agisse ou non des phases d'excitation de la psychose périodique.

— *Les délires hallucinatoires chroniques* : les hallucinations, soliloquies et manifestations agressives de défense s'atténuent malgré leur ténacité puis disparaissent. Le délire paraît plus résistant et nécessite, comme avec la chlorpromazine, de la patience et la prolongation du traitement.

— *Les schizophrénies* : c'est le triomphe de la thiopropérazine; en effet elle est active dans tous les syndromes schizophréniques. Ce sont surtout les manifestations d'invasion ou de rechute qui sont les plus sensibles, lorsqu'elles sont correctement traitées. S'il est habituel de constater, avec les autres neuroleptiques, la plus grande labilité des syndromes structurés de fraîche date (formes aiguës et poussées sub-aiguës évolutives), il n'en reste pas moins que dans certaines formes

d'évolution ancienne, le 7843 RP a procuré des succès inespérés et dont le contraste avec l'échec des traitements préalables prend alors une signification particulièrement éloquente.

Ces résultats découlent des travaux de DELAY et ses collaborateurs, de MAUREL et PERRIN et ceux de nombreux auteurs américains (DENHAM et GARRICK, DENBER et RAJOTTE, etc...).

En conclusion, citons l'avis de BROUSSOLLE et LAMBERT qui estiment que « de maniabilité délicate, la thiopropérazine nécessite une bonne connaissance de la conduite des cures de neuroleptiques et une surveillance hospitalière spécialisée... Sa prescription se conçoit surtout en association ou en combinaisons diverses avec les autres neuroleptiques. » Dans la post-cure extra-hospitalière, il faudra lui substituer la prochlorpémazine chez les malades qu'on risque de perdre de vue.

La Trifluopérazine

C'est aux Etats-Unis et au Canada que ce produit a été expérimenté avec succès dès 1958. C'est une phénothiazine fluorée et à chaîne pipérazinique que ses propriétés apparentent à la thiopropérazine et à la prochlorpémazine. Il est commercialisé en France sous le nom de Terfluzine (2144 Théraplix). Pour délimiter ses indications, nous délaisserons dans un souci de concision les travaux enthousiastes des auteurs américains pour ne parler que des essais de BROUSSOLLE et FOUKS.

— *Dans les syndromes schizophréniques* : d'excellents résultats ont été obtenus dans ce groupe, en particulier sur les symptômes de la série autisme, apragmatisme et apathie.

Ainsi BROUSSOLLE, après essai sur 40 sujets (26 schizophrénies et 14 syndromes paranoïdes), a remarqué la particulière activité de la trifluopérazine sur les malades retranchés dans leur moi intérieur : ils deviennent plus sociables, plus communicatifs et plus réceptifs aux autres thérapeutiques.

FOUKS qualifie de remarquable cette action anti-autisme du 2.144 Théraplix et la commente ainsi : « ...Le malade ayant retrouvé son unité, débarrassé de son délire et de ses phantasmes, peut sortir de son moi intérieur pour reprendre contact avec le monde extérieur... »

— *Dans les syndromes délirants chroniques* : en accord avec les auteurs américains, la plupart des expérimentateurs français ont observé une action hallucinolytique puissante et rapide.

FOUKS déclare : « Les hallucinations perdent de leur acuité, de leur « prégnance », de leur fréquence. Lorsqu'elles persistent elles sont atténuées et n'attirent plus l'attention des malades... ». Cependant ces résultats favorables n'ont pas été obtenus par BROUSSOLLE ni par DELAY et DENIKER; le produit exerce bien une action sédatrice et hallucinolytique mais elle est très inégale.

— *Dans les états d'excitation* : FOUKS, sur 10 manies aiguës traitées, a obtenu 7 résultats favorables. L'expérimentation de BROUSSOLLE est plus modeste : il a traité seulement 4 états maniaques et il a observé 3 bons succès.

En résumé, il apparaît que la trifluopérazine est un neuroleptique majeur qui stimule les malades apathiques, indifférents et repliés en eux-mêmes, agit nettement sur les syndromes délirants, même chroniques et réduit ou fait disparaître les phénomènes hallucinatoires et qui enfin influence favorablement l'anxiété, l'agressivité et, à un moindre degré, l'agitation des patients.

BROUSSOLLE conseille l'association d'antiparkinsoniens ou de neuroplégiques sédatifs et il conclut : « En dernière analyse, la trifluopérazine vient utilement prendre place dans l'arsenal thérapeutique des neuroleptiques en psychiatrie. »

La Perphénazine

C'est une phénothiazine pipérazinée très proche de la prochlorpémazine dont elle ne diffère que par une chaîne latérale un peu plus longue. Elle est commercialisée en France sous le nom de Trilifan. Le produit fut bien entendu essayé dans tous les domaines de la psychiatrie et actuellement ses principales indications semblent être :

— *Les états d'anxiété et d'agitation psycho-motrice en gériatrie* : le traitement pharmacologique des désordres psychiques des personnes âgées défie la faculté de perception thérapeutique du médecin. L'augmentation de la sensibilité aux médicaments croît avec l'âge et de ce fait leurs effets chez le vieillard sont parfois imprévisibles et comportent un danger latent. Les réactions idiosyncrasiques à la chlorpromazine, telles qu'une soudaine hypotension avec syncope, une dermatite, une jaunisse et la granulocytopénie, se manifestent le plus souvent chez les malades âgés. La perphénazine fut expérimentée par AYD chez 25 sujets de 60 à 80 ans sans observer aucun cas de sensibilité ou d'intolérance. Au contraire ce produit, en plus de la réduction des crises aiguës, de l'agitation et de courts épisodes émotionnels, a rendu les malades plus réceptifs à la psychothérapie, facilitant ainsi leur tenue à l'hôpital, dans les hospices ou même chez eux. Les dépressions endogènes des vieillards n'ont pas du tout été améliorées mais l'anxiété et l'agitation qui en sont le cortège habituel ont diminué notablement. Et lorsqu'il a fallu employer l'électrochoc chez ces déprimés, l'association avec la perphénazine est sans danger et a permis de limiter le nombre des séances.

En France, les essais ont été faits surtout par DELAY et DENIKER d'une part, et RONDEPIERRE et ses collaborateurs d'autre part. Leurs conclusions sur l'efficacité du médicament dans les différentes psychoses ne concordent pas toujours mais il en ressort que les autres indications de la perphénazine sont :

— *Dans les psychoses aiguës* : les états d'excitation et d'agitation ont fourni à RONDEPIERRE 4 résultats très favorables sur 5 cas traités, malgré l'handicap de l'absence d'une forme injectable du produit.

Les bouffées délirantes aiguës sont aussi efficacement influencées : 8 rémissions complètes sur 11 cas traités par RONDEPIERRE et ses collaborateurs, 2 très bonnes rémissions sur 3 cas soignés par DELAY et DENIKER. Un fait intéressant doit retenir notre attention : les signes résiduels après cure au trilifan ont permis dans quelques circonstances d'orienter le diagnostic. En effet RONDEPIERRE signale que la décanation incomplète des troubles par la perphénazine a permis de soupçonner une manifestation de type discordant dans 4 cas et de faire apparaître un tableau mélancolique, chez un autre sujet. Il est bien entendu que les thérapeutiques appropriées, entreprises sur le champ, ont eu vite raison de ces troubles.

— *Dans les psychoses chroniques* : prise progressive de distance à l'égard des thèmes délirants avec même désintérêt et critique ultérieurs, dans les délires chroniques; moins d'action « disinhbitrice » que la thiopropérazine dans les schizophrénies. Cependant, son action neuroleptique sédative peut servir comme traitement de la schizophrénie semi-aiguë (dans un hôpital général) ou des schizophrénies aiguës ou chroniques à perturbations modérées, dans le cas de malades externes.

Les quatre médicaments que nous venons de voir sont doués d'une forte action antipsychotique et leur emploi n'est plus discuté dans de nombreuses maladies mentales. Malheureusement leur utilisation entraîne très souvent des accidents neurologiques, neurovégétatifs et des bouffées anxieuses péniblement ressenties par les malades. Pour combattre ces réactions secondaires indésirables, le psychiatre dispose actuellement d'autres dérivés de la phénothiazine qui réunissent les propriétés des neuroleptiques majeurs d'une façon peut-être harmonieuse, tout en permettant une action douce, intense et prolongée. Voyons donc ces neuroleptiques sédatifs et tranquillisants.

LES NEUROLEPTIQUES SEDATIFS ET TRANQUILLISANTS

Ces médicaments, doués d'effets anxiolytique et antidépresseur marquants, ne sont plus employés seuls dans le traitement d'attaque des psychoses. Ils sont le plus souvent associés aux thérapeutiques qualifiées d'énergiques (électrochoc, neuroleptiques incisifs, cure de Sakel) pour rassurer le malade, le détendre et lui faire retrouver le sommeil. Ils servent aussi comme neuroleptiques de relais au cours des post-cures et, dans cette optique, ils rendent les plus grands services. En effet, les malades qui étaient jusqu'alors assujettis à un traitement de neuroleptiques majeurs apprécient beaucoup cette poursuite de cure, dépourvue cette fois d'effets secondaires.

Passons donc en revue quelques-uns de ces alliés précieux en psychiatrie.

L'Alimémazine

Le tartrate d'alimémazine (6549 RP ou Théralène) est une amine dérivée de la phénothiazine. C'est un neuroleptique puissant à action neurovégétative discrète.

Il ressort des travaux de GURTLE et ses collaborateurs que ses principales indications sont :

— *Les états dépressifs et mélancoliques* : le théralène seul semble actif dans certains accès dépressifs légers mais, dans les cas graves, la plupart des auteurs estiment qu'il doit être associé à une thérapeutique énergétique :

— soit à l'électrochoc : les crises sont facilitées et les résultats très bons.

— soit à l'imipramine, en effet le 6549 RP se comporte comme un sédatif précieux et permet de neutraliser l'action anxiogène de l'imipramine. JOSSE et LAVOINE qui ont traité 16 malades présentant des complications à la suite d'une cure d'imipramine écrivent : « Le sommeil dans tous les cas a été amélioré et c'est dans le calme et suivant une courbe décroissante régulière que quinze de ces malades ont ainsi ressenti progressivement leurs différents symptômes dépressifs s'estomper, se décolorer, s'assourdir et, finalement s'évanouir. »

— *Les hallucinations* : dès le début du traitement, les hallucinations commencent à s'atténuer, deviennent moins nettes, moins compréhensibles.

Le théralène a été aussi expérimenté avec quelque succès dans de nombreux troubles; nous mentionnerons donc son utilisation chez les séniles turbulents (FOUKS), les schizophrènes qui deviennent plus coopérants et moins aporématiques, ainsi que chez les enfants débiles instables et caractériels : amélioration de leur caractère querelleur, boudeur, anxieux et surtout disparition de l'énurésie, infirmité si désagréable contre laquelle le théralène mériterait d'être essayé (GURTLE et GORALSKY).

La Lévomépromazine

La lévomépromazine (7044 RP ou Nozinan) est, d'après LAMBERT, le plus sédatif de tous les neuroleptiques connus à ce jour. Elle fut expérimentée avec succès par de nombreux praticiens et les résultats que nous allons exposer sont le fruit des travaux de DESCHAMPS et Mme MADRE. Ils résument à peu près l'avis de tous les auteurs et se classent selon :

— Symptômes psychiatriques traités : c'est l'anxiété et tous ses degrés qui a été le plus rapidement supprimée, quel que soit du reste le syndrome psychiatrique. La sédation de la tension affective douloureuse permet un meilleur contact avec l'entourage et l'utilisation conjointe de l'indispensable traitement de fond : psychothérapie dans le sens large du terme.

L'action sur *l'insomnie* est particulièrement remarquable; les malades les plus réfractaires qui ne dorment plus malgré tous les hypnotiques retrouvent un sommeil calme avec réveil facile, euphorique même.

— Les syndromes psychiatriques traités : dans les états dépressifs même graves, la lévomépromazine permet l'amélioration, voire même la guérison d'une forte proportion de malades. Cet incontestable progrès réalisé par le Nozinan dans la chimiothérapie neuroleptique des syndromes dépressifs peut-être encore accru par l'association à d'autres méthodes. C'est ainsi que l'association Nozinan-électrochoc semble conduire aux résultats les plus rapides et les meilleurs, tout en permettant de restreindre le nombre des séances convulsivantes et, d'une façon générale, la durée du traitement. Cette association pourra, selon le cas, être simultanée ou successive, la lévomépromazine, étant alors administrée soit avant, soit après l'électrochoc, sans que l'on puisse a priori fixer de règles formelles à ce sujet. Nous sommes heureux de voir que loin de s'exclure, les deux méthodes sont appelées désormais à se compléter mutuellement.

GUYOTAT et PERRIN préconisent, eux, l'association de la lévomépromazine avec l'imipramine.

Dans les états d'agitation, le Nozinan, par son effet sédatif, apaise le malade et met fin à sa turbulence, à son agressivité et à son impulsivité. Ceci est valable dans les psychoses alcooliques, les schizophrénies, l'arriération mentale, etc... Les états maniaques traités par DESCHAMPS et Mme MADRE n'ont pas été améliorés alors que DELAY et DENIKER estiment que la lévomépromazine agit dans les cas où la chlorpromazine a échoué.

Il semble, d'après tout ce que nous venons de dire, que le Nozinan doit être considéré « comme un neuroleptique sédatif majeur ayant des indications originales et privilégiées » (LAMBERT).

L'Acépromazine

C'est un produit obtenu par la substitution d'un groupement acétylique, réputé hypnotique, au chlore en position 3 sur le noyau phénothiazinique. Ainsi l'acépromazine (1522 CB ou Plégicil) possède un effet thérapeutique qualitativement identique à celui de la chlorpromazine. Ses indications sont donc principalement :

— *Les états d'agitation et d'excitation* (accès maniaque, agitation des débiles, des séniles, des délirants chroniques...).

On assiste rapidement à la disparition de l'agitation, de l'excitation psychomotrice, des troubles du sommeil. La sédation des troubles de l'humeur est aussi remarquable.

— *Les états confusionnels* (post-infectieux, alcooliques...) : dès les premières injections, l'agitation cesse, l'insomnie et l'anxiété disparaissent.

— *Les états dépressifs mineurs* (ménopausiques, réactionnels...). On relève une amélioration progressive avec diminution de la tension anxieuse et retour du sommeil à la normale.

L'acépromazine a été aussi utilisée dans les schizophrénies, les délires chroniques, les mélancoliques mais dans tous ces cas son action est uniquement symptomatologique : elle amène une amélioration du sommeil, du comportement et de l'anxiété.

L'acépromazine paraît avoir sa place parmi les chimiothérapies des psychoses, ne fût-ce que comme médication de substitution en cas d'échec d'autres moyens.

La Thioridazine

Ce médicament (Melleril Sandoz) qui a sa place parmi les neuroleptiques, occupe cependant une situation un peu à part; en effet, sans avoir le pouvoir puissant d'impact des neuroleptiques incisifs, ni sans être un simple tranquillisant, l'expérience de sa pratique semble lui conférer une place particulière dans la réduction des états psychotiques et psychonévrotiques et la réadaptation des personnalités.

De nombreux travaux ont été bien sûr consacrés à la thioridazine; il n'est pas question pour nous de les citer tous, mais nous nous inspirerons plutôt de l'étude faite par HANS, SENES et AJZENBERG sur 300 malades entre juin 1962 et juillet 1963.

— *Dans les états schizophréniques* : les auteurs estiment avoir obtenu un résultat valable dans 50 % des 107 cas traités (de la simple schizoïdie à l'hébéphrénocatatonie). Les malades ont émergé progressivement de leur comportement autistique pour essayer de participer à la vie du groupe. On retrouve ici l'action anxiolytique de la thioridazine lorsqu'il s'agit d'aborder, pour certains schizophrènes, des perspectives nouvelles dynamisantes, mais génératrices d'angoisse. Son action sédatrice est aussi appréciable à l'occasion d'une poussée évolutive ou en cas de turbulence.

HANS et ses collaborateurs ont vu des hébéphrénocatatoniques reprendre une alimentation régulière et des catatoniques grabataires sortir de leur gâtisme; pour les auteurs ce sont des signes d'une ébauche de réconciliation avec le monde extérieur.

— *Dans les délires chroniques*, le nombre des cas améliorés par la thioridazine est estimé à 50 % des sujets traités. Ces résultats sont essentiellement caractérisés par une diminution de la revendication délirante et de l'opposition sthénique, une sédation de l'anxiété et une nette décroissance des phénomènes hallucinatoires. Cependant le malade conserve sa structure démentielle : le processus délirant est très atténué mais pas entièrement supprimé.

— *Dans l'arriération mentale, les démences et les états confuso-oniriques*, le Melleril a une action très nette sur les troubles du comportement. Les sujets instables et impulsifs deviennent plus calmes et,

de ce fait, plus maniables, d'où possibilité d'intégration dans un groupe de travail. A ce sujet MONNEROT, CHANCEL et DANJARD écrivent : « Le Melleril a permis d'apporter dans un pavillon surchargé un climat tout à fait particulier fait d'apaisement et de meilleure compréhension avec le personnel infirmier. »

En dehors de ces indications bien précises, la thioridazine, par son excellente tolérance, rend de nombreux services dans les associations médicamenteuses et en post-cure. C'est ainsi qu'elle est associée avec le Largactil dans les psychoses sévères, avec l'imipramine dans les états dépressifs nécessitant la combinaison thymoleptique-neuroleptique et même avec la sismothérapie lorsqu'elle paraît indispensable à résoudre un état confuso-onirique ou délirant aigu, ou bien une mélancolie grave; dans ce dernier cas, le nombre restreint de séances amène la guérison. En post-cure, le but du traitement est de maintenir les résultats acquis pendant l'hospitalisation sans obtenir d'effets secondaires fâcheux. Ce double but semble être atteint par le Melleril : plusieurs malades (paranoïaques, caractériels, vieillard...) qui ne prenaient pas la chlorpromazine chez eux, ont pris volontiers la thioridazine.

En guise de conclusion, nous dirons qu'en dehors de ses propriétés sédatives, la thioridazine « ...permet de rétablir le « contact » entre le malade et son entourage et, de ce fait, facilite la réinsertion dans le réel, permettant ainsi à certains sujets de retrouver une activité bénéfique, « resocialisante » dirons-nous... L'absence d'effets secondaires gênants et dangereux est un précieux secours pour le thérapeute soucieux de respecter l'axiome séculaire « *primum non nocere* ». » (HANS, SENES et AJZENBERG.)

Le Chlorprothixène

Le Chlorprothixène (RO 4-0403 ou Taractan) est une substance psychotrope n'appartenant pas à la famille des phénothiazines mais ne différant de la chlorpromazine que par l'absence de l'atome d'azote. Elle a été essayée dans la plupart des affections psychiatriques mais ses indications ne se sont pas révélées très larges. La majorité des auteurs s'accorde à reconnaître à ce produit une action élective sur la sphère thymique. Il est donc conseillé dans les états dysthymiques où il se signale par ses effets psychosédatif, anxiolytique et équilibrant de l'humeur. Dans les manies, l'agitation psychomotrice cède avec réapparition du sommeil. Dans les états dépressifs, l'action la meilleure se manifeste sur la mélancolie anxieuse avec sédation rapide de l'anxiété et sur la dépression agitée (BECACHE). En dehors des psychoses maniaco-dépressives, le chlorprothixène a été utilisé pour lutter contre l'agitation (confusion mentale, turbulence des oligophrènes), les poussées obsessionnelles dans certaines névroses et les troubles du caractère chez les épileptiques.

A la fin de ses travaux sur le RO 4-0403, BECACHE, de l'Ecole Lyonnaise, écrit : « Le chlorprothixène est donc une substance psychotrope bien tolérée, maniable, efficace dans les dysthymies et dont les propriétés anxiolytiques et sédatives méritent de retenir notre attention. »

Le Prothipendyl

Le prothipendyl ou Dominal est une drogue psychotrope voisine de la promazine. Doué d'une puissante activité psycholeptique, dénué d'effets secondaires neurologiques, bien supporté par ailleurs, il se comporte comme s'il possédait une double polarité, portant en lui-même son antidote neuro-analeptique.

— *dans les bouffées délirantes*, il entraîne une sédation de l'anxiété et de l'agitation. Il semble doué d'une action hallucinolytique, les phénomènes psycho-sensoriels perdant rapidement de leur intensité et s'accompagnant d'une critique précoce.

— *dans les psychoses chroniques*, son champ d'activité est étendu. Il va de la réduction de l'agitation motrice des maniaques et des bouffées d'excitation des délirants, à celle du tremblement des déprimés anxieux, des impulsions des schizophrènes, de l'hypersthénie revendicative verbo-motrice des paranoïaques, de la turbulence des imbéciles, des séniles et des déments, à la diminution des mouvements anormaux des syndromes neurologiques et au meilleur contrôle sphinctérien des gâteux. (VOLMAT et BEAUDOIN.)

— *dans les états névrotiques* (états dépressifs simples, névroses d'angoisse et manifestations psychosomatiques), le prothipendyl supprime la peur, l'inquiétude et ramène le calme et le sommeil.

Il est aussi précieux au cours des traitements ambulatoires où il n'apporte ni hébétude, ni somnolence, mais une certaine détente, et, à ce point de vue, cette action se rapproche de celle de certains tranquillisants.

La Fluphénazine

De la plupart des essais thérapeutiques de la fluphénazine (commercialisée sous le nom de Moditen) ressortent principalement deux ordres d'indications : en posologie relativement forte (20 mg) des résultats intéressants ont été obtenus dans les psychoses chroniques anciennes rebelles aux autres thérapeutiques : en posologie faible (1-2 mg), le médicament a également été employé comme tranquillisant, notamment dans les affections psychonévrotiques.

Après essai chez 100 malades pendant trois mois, FOUKS et ses collaborateurs conseillent son utilisation :

— *dans les névroses* ; on note une action tranquillisante, anxiolytique et sédative, permettant aux malades de prendre une certaine distance vis-à-vis de leurs phobies et de leurs obsessions.

— *dans les états dépressifs* (dépressions névrotiques réactionnelles et dépressions mélancoliques simples) l'action anxiolytique et sédative de la fluphénazine serait supérieure à celle des autres tranquillisants. Cette action serait souvent remarquable, tant par son efficacité que par sa rapidité.

— *dans les états d'agitation* (manie, confusion mentale, bouffées délirantes) amélioration rapide des phénomènes psychotiques, mais comme les doses employées sont élevées et risquent de provoquer des effets secondaires gênants, il faut associer à la fluphénazine des anti-parkinsoniens et de l'heptamyl.

— *dans les délires*, ainsi que dans les schizophrénies chroniques, l'action de la fluphénazine serait supérieure à l'association réserpine-chlorpromazine.

Dans les états paranoïdes, l'agitation, l'activité hallucinatoire et délirante, ainsi que la discordance, sont rapidement et parfois profondément influencées. Dans les hébéphrénies, le comportement des malades se trouve rapidement normalisé : l'indifférence, le désintérêt, l'incohérence idéo-verbale et l'impulsivité sont nettoyés et font place à une reprise d'activité pragmatique (FOUKS).

La fluphénazine a encore d'autres terrains d'application et ses essais ne sont pas encore terminés; c'est ainsi qu'elle est expérimentée actuellement dans le Service Médico-Pédagogique de Ravenel par le docteur LANG en vue de préciser son action en pédopsychiatrie (troubles du caractère, anxiété...). Elle n'a pas encore dit son dernier mot et il ne serait pas étonnant de voir s'agrandir le champ de ses indications.

La Propériciazine

Les malades « difficiles » posent dans tous les services hospitaliers des problèmes souvent insolubles. Ils sont une cause de troubles perpétuels et obligent souvent à des mesures de sécurité qui pèsent lourdement sur l'atmosphère générale. Très habituellement, ces malades refusent tout traitement, ne supportant pas les discrets malaises que donnent la plupart des médications neuroleptiques.

L'apparition de la propériciazine (8909 RP ou Neuleptil) permet, d'après les résultats de toutes les expérimentations, de soigner efficacement ces malades difficiles. Il s'agit d'un dérivé de la phénothiazine dont l'action pharmacologique s'apparente d'assez près à celle de la chlorpromazine. Le critère majeur de son efficacité ne réside pas uniquement dans ses effets proprement anti-psychotiques; ce qui en fait avant tout l'intérêt et lui confère son individualité dans la gamme des médications psychotropes, c'est son action préférentielle contre les troubles du caractère et du comportement. Cette action, remarquable d'après de nombreux auteurs, vient combler une importante lacune dans les possibilités offertes jusqu'ici par les traitements neuroleptiques.

Une vaste expérience clinique a, bien entendu, sanctionné le succès du médicament et, pour notre part, nous rapporterons ici les observations de quatre malades qui ont été guéris par le 8909RP et que le docteur GÉRARDIN, qui a expérimenté le produit à Ravenel, a si aimablement mises à notre disposition.

Les applications les plus marquantes du 8909 RP sont :

— *les troubles caractériels de toute origine* (oligophrènes, épileptiques, séniles, éthyliques, psychopathes caractériels). Le 8909 RP calme l'agressivité et l'impulsivité, il réduit les comportements anti-sociaux, améliore le contact et facilite l'intégration du sujet dans des activités de groupe (ergo et sociothérapie).

— *Les troubles du comportement* au cours des psychoses chroniques et des névroses.

Dans les délires chroniques, le 8909 RP agit sur leur résonnance caractérielle : on note une atténuation de l'hypersthénie, de l'inquiétude, de l'impulsivité et des réactions agressives de défense.

Dans les schizophrénies, l'action du médicament est plus lente mais elle aboutit à des améliorations solides et durables, portant essentiellement sur la régulation de l'excitation psycho-motrice, l'autisme et l'apragmatisme.

Dans les névroses, l'utilisation du 8909 RP est encore relativement restreinte mais il semble que ce médicament permet d'aplanir les difficultés d'adaptation auxquelles se heurte le névropathe du fait de son caractère toujours difficile.

A Ravenel, l'expérimentation du docteur GÉRARDIN a porté sur 20 malades et a duré à peu près un an. Elle est différente des autres essais en ce sens que tous les malades ont reçu la même dose du médicament, à savoir 40 mg, sans rajustement à chaque cas particulier.

Le groupe des malades se composait de :

- 9 schizophrènes,
- 5 délirants chroniques,
- 2 épileptiques caractériels,
- 2 déséquilibrés,
- 1 arriéré,
- 1 déprimé atypique.

Au bout d'un an environ, le bilan est le suivant :

- dans le groupe des schizophrénies, les résultats sont médiocres;
- chez les deux épileptiques, on notait une nette amélioration avec disparition des troubles caractériels les plus notables antérieurement et les plus gênants pour l'entourage;
- l'arriéré profond qui était agité, caractériel et agressif est désormais calme, mais sans possibilité d'occupation;
- 4 malades ont très bien profité du traitement et leur amélioration continue encore. Voici le compte rendu de leurs observations :

GIL... Jean-Marie, 15 ans, est issu d'une famille de cultivateurs assez frustes. Il est admis dans le service du docteur GÉRARDIN le 27 septembre 1958 pour troubles intenses du caractère et du comportement dirigés essentiellement contre les parents : grève de la faim, refus de se dévêtir pour aller au lit, simulation de suicide au cours de fugues répétées... Jean-Marie avoue faire cela pour effrayer son père et sa mère à qui il reproche leur carence éducative. Cette opposition se traduit aussi parfois par de

l'agressivité (croche-pieds au père) et des impulsions brutales (bris de vaisselle, etc.). Les préoccupations hypochondriaques sont aussi intenses : peur obsédante de mourir mais sans aucune anxiété.

Toutes les thérapeutiques (neuroleptiques, tranquillisants, électrochocs, etc.) se soldent par un échec : Jean-Marie est toujours instable, particulièrement collant et visqueux, exprimant sans cesse les mêmes préoccupations hypochondriaques.

C'est ainsi qu'on le trouve le 7 mai 1962 lorsque débute l'expérimentation du 8909 RP. Après arrêt progressif de tous les médicaments en cours, GIL... Jean reçoit 4 capsules par jour de 8908 RP soit 40 mg de produit actif. L'amélioration débute au bout d'un mois de traitement et le 25 août 1962, soit après environ 4 ans d'internement, Jean-Marie quitte définitivement le service, souriant, détendu et n'exprimant aucune préoccupation hypochondriaque.

A la dernière consultation de post-cure datant du 12 décembre 1963, GIL... Jean-Marie est un peu ralenti, mais grâce aux 4 capsules de 8909 RP qu'il prend régulièrement chaque jour son comportement est très satisfaisant.

MAN... Roger, né en 1930, est hospitalisé à Ravenel en permanence depuis 1954 pour schizophrénie grave avec périodes de très forte agressivité et impulsivité. Lobotomie préfrontale, cure de Sakel, plusieurs séries d'électrochocs, neuroleptiques, tout fut tenté sans aucun résultat durable. Le 7 mai 1962, début du traitement par 8909 RP (4 capsules par jour); il a fallu attendre plusieurs mois pour resocialiser le malade. Une permission accordée à l'occasion des fêtes de fin d'année 1962 se passe bien et une sortie d'essai est tentée le 7 juillet 1963, soit à peu près après 9 ans d'internement.

MAN... Roger est revu pour la dernière fois en post-cure le 21 avril 1964; il conserve une allure légère schizophrénique mais il est sur le point de prendre un emploi à mi-temps, perspective qui lui plaît énormément.

On manque de recul pour se prononcer sur la réussite définitive de 8909 RP chez ce schizophrène mais le résultat déjà obtenu peut être considéré comme remarquable.

EME... Marcel, 27 ans, employé S.N.C.F., est admis dans le service du docteur GÉRARDIN le 21 février 1962 pour délire de jalousie entraînant des périodes anxieuses avec troubles graves du caractère et du comportement. Il épie sans arrêt sa jeune femme, interprète ses moindres gestes et parole et de temps en temps, il entre dans une colère noire avec bris d'objets et violences envers son épouse.

Le malade a déjà présenté un épisode identique l'année précédente au cours duquel il a été soigné par des neuroleptiques, des antidépresseurs et une cure de petite insuline. L'amélioration obtenue n'a duré que 3 mois et c'est donc en pleine rechute que EME... est hospitalisé à nouveau. Une série d'E.C. associée à du Melleril amène le calme et la détente mais ce n'est pas une véritable amélioration : le malade reste isolé, fuyant les autres pensionnaires et semblant toujours préoccupé.

Le 7 mai 1962, le traitement par 8909 RP est institué et le 20 juin 1962, on constate que EME... est plus spontané et s'intéresse à la vie du pavillon. Une sortie d'essai est accordée le 28 juillet 1962 avec comme traitement d'entretien 2 capsules de 8909 RP à prendre chaque jour. La dernière consultation de post-cure date du 21 janvier 1964 : le malade a repris son travail, ses préoccupations jalouses ont complètement disparu et la naissance d'un bébé l'a rapproché davantage de sa femme.

CLA... Georges, 30 ans, tisserand, marié, 2 enfants, est admis dans le service le 11 septembre 1961 pour troubles dépressifs atypiques avec idées d'incapacité, d'indignité et d'auto-accusation. En plus, il est anxieux, dégoûté de tout et il essaiera de se suicider plusieurs fois pendant son hospitalisation.

Débile mental et physique, le malade a toujours été un inquiet, un hypochondriaque, peu confiant dans ses moyens qui sont d'ailleurs assez limités.

Toutes les thérapeutiques échouent chez ce déprimé phobique et auto-accusateur : les neuroleptiques, les anti-dépresseurs et même en dernier lieu la sismothérapie ne donnent aucun résultat et le malade semble condamné à passer le restant de ses jours à Ravenel.

Le 7 mai 1962, il est mis au traitement par le 8909 RP à raison de 4 capsules à 10 mg par jour. Une amélioration assez nette se dessine alors et le 23 juin 1962, CLA... quitte l'hôpital pour une sortie d'essai. Il en profite pour suivre l'enseignement d'un Centre de Formation Professionnelle, ce qui lui permet d'être reçu 3^e sur 20 candidats au C.A.P.

Il est revu pour la dernière fois en post-cure le 28 avril 1964 : CLA... travaille dans une entreprise de peinture et malgré des déplacements fatigants, son état est très satisfaisant. Il prend encore actuellement 1 capsule de 8909 RP le soir et cela suffit pour maintenir l'amélioration obtenue à l'hôpital.



LES BUTYROPHÉNONES

Jusqu'en 1959, soit sept ans après l'introduction de la Chlorpromazine, il semblait que les médicaments du type des neuroleptiques devaient se compter exclusivement dans le groupe des phénothiazines ou dans celui des résérpiniques. C'est alors que les psychiatres belges démontrèrent en clinique les propriétés neuroleptiques d'un nouveau groupe chimique complètement différent des précédents, celui des butyrophénones, dont le prototype est l'Halopéridol.

L'HALOPERIDOL

Le R 1625 ou halopéridol est un des derniers venus parmi la série des médicaments neuroleptiques incisifs. Il se distingue par une activité élevée et par une posologie qui est la plus faible des neuroleptiques connus jusque-là : les premiers expérimentateurs ont utilisé des doses de 1 à 5 mg par injection.

Les trois principaux résultats de la thérapeutique par le R 1625 sont :

- la sédation rapide de l'agitation psycho-motrice quelle que soit son origine,
- l'action bénéfique sur l'émotivité et sur la sociabilité des malades qui permet une participation effective à la vie hospitalière,
- l'action suspensive sur les hallucinations et les délires.

Pour illustrer cela, nous allons citer les résultats des travaux de DELAY et ses collaborateurs sur l'Halopéridol :

— *dans les états d'excitation maniaque* : l'Halopéridol a guéri 5 cas de manie sur 5 cas traités; son action est rapide et puissante.

— *dans la confusion mentale et les bouffées délirantes* : l'action de R. 1625 est remarquable. Dans 11 cas, DELAY et ses collaborateurs ont obtenu 5 résultats excellents avec rémission complète permettant la sortie et 4 améliorations notables.

— *dans les schizophrènes* : de nombreux auteurs insistent sur l'amélioration quasi constante qui se manifeste chez les patients en raison de la sédation de l'agitation, de l'impulsivité, des hallucinations, entraînant une normalisation du comportement et permettant une meilleure adaptation avec reprise du contact. Chez les paranoïdes : DELAY et ses collaborateurs ont noté 11 améliorations de bonne qualité sur 19 cas traités, tandis que pour les hétérophrénies ces résultats favorables ne sont que de 5 sur 12 cas traités.

En conclusion, DELAY et ses collaborateurs estiment que « la rapidité d'action de l'Halopéridol et son efficacité permettent déjà de le considérer comme un neuroleptique majeur dont l'introduction en thérapeutique psychiatrique marque une étape très importante dans la chimiothérapie des psychoses. »

LE TRIPERIDOL

Il appartient aussi au groupe des butyrophénones et sa formule dérive de celle de l'halopéridol. Il serait deux fois plus actif que ce dernier à doses égales.

Dans les états d'excitation maniaque, le tripéridol est significativement moins actif que l'halopéridol et les améliorations ne concernent qu'un nombre limité de cas. Si dans les schizophrénies paranoïdes et dans les états délirants aigus et chroniques les résultats globaux sont voisins pour les deux produits, dans les états hétérophréniques les effets du tripéridol sont meilleurs : il donnerait une amélioration rapide et durable permettant une réinsertion sociale de bonne qualité.

Dans l'ensemble, la cure de tripéridol est bien supportée, à condition d'employer des doses modérées, de l'ordre de 1 à 3 mg. La cure d'entretien peut être continuée pendant longtemps sans que l'on observe les effets déprimeurs fréquents avec l'halopéridol.

L'HALOANISONE

L'Haloanison (2028 MD ou Sedalande) est essentiellement un médicament d'urgence psychiatrique très actif dans les états d'agitation de toutes origines, permettant une meilleure approche thérapeutique de malades difficilement abordables au moment de leurs paroxysmes d'excitation psycho-motrice. Elle possède aussi une activité anti-hallu-

cinatoire rapide et puissante rappelant celle de l'halopéridol avec lequel l'association est d'ailleurs possible.

Ses indications actuelles paraissent être :

— les *bouffées délirantes* avec phénomènes psycho-sensoriels importants,

— certaines *hébéphréno-catatonies*,

— les *états d'excitation* : de nombreux auteurs se sont penchés sur ce problème et parmi eux DAUMEZON et ses collaborateurs, cités par LEYRIE dans sa thèse. DAUMEZON et ses collaborateurs ont utilisé le 2028 MD chez des malades agitées, internées parce qu'elles provoquaient le maximum de troubles pour l'entourage. Il s'agissait :

soit d'agitation permanente, manifestations extérieures d'une psychose aiguë (manie, agitation confusionnelle),

soit d'agitations symptomatiques de psychose chronique (psychose délirante chronique, schizophrénie, démences séniles).

La technique utilisée par les auteurs est la suivante :

3 injections I.M. de 5 mg par jour puis toutes les 5 heures (soit 25 mg pro die).

Ils ont conclu à l'excellente tolérance générale du produit et à son indéniable efficacité sur le plan symptomatique.

Personnellement il nous est arrivé d'utiliser ce médicament dans un pavillon de chroniques où les malades sont imbibés de neuroleptiques. De temps en temps, certains malades traversent des épisodes d'agitation psychomotrice avec bris de carreaux, lacération de draps, agressivité, etc...

Nous avons eu l'agréable surprise de constater que l'injection intramusculaire d'une seule ampoule (20 mg) de sédalande ramenait le calme dans des délais très brefs (10 minutes dans un cas).

Nous l'avons utilisé aussi chez un malade traité par électrochoc-thérapie intensive et qui a présenté au cours de sa confusion de véritables crises de fureur.

L'emploi de ce puissant sédatif est devenu une routine dans les services de chroniques à Ravenel et l'apparition récente d'autres présentations (gouttes et comprimés) permettra d'étendre ses indications.

MASQUIN, cité par LEYRIE, a utilisé le 2028 MD chez plusieurs vieillards présentant des états de grande agitation, avec instabilité et agressivité sur fond d'artério-sclérose cérébrale et hypertension. Dans tous les cas, l'haloanisone permet un calme spectaculaire et la mise en œuvre d'une autre thérapeutique.

SCHERRER et DERMENCHEM ont expérimenté l'haloanisone chez 21 arriérés profonds parmi lesquels on pouvait distinguer trois types d'agitation :

- agitation motrice pure consistant en mouvements stéréotypés de balancement du tronc, hurlements, auto-agressivité avec danger de blessures graves,
- instabilité motrice avec lacération des vêtements, déshabillage, impulsivité.
- troubles caractériels avec colères violentes, réactions d'allure perverse.

Sur 21 malades, 12 ont bénéficié de la thérapeutique. Les auteurs expliquent cette apparente médiocrité du succès par le fait qu'ils recherchaient un état d'équilibre entre l'agitation et la torpeur, et non pas le calme à tout prix, ce qui est toujours plus facile à obtenir.

Après cette revue succincte des différents neuroleptiques actuellement employés, nous voyons que ces médicaments peuvent être, a priori, utilisés avec succès dans la plupart des maladies mentales. Malheureusement, leur action s'accompagne souvent d'effets secondaires qui nécessitent soit la réduction de la posologie, soit l'emploi des correcteurs. Ces incidents recouvrent à peu près tous les domaines de la pathologie mais nous n'insisterons que sur les plus fréquents, c'est-à-dire les troubles neuro-psychiques.

- *Les troubles psychiques* : passivité, lassitude générale, augmentation de l'anxiété, cauchemars, accès confuso-oniriques ont été signalés par de nombreux praticiens.
- *Les syndromes neurologiques* sont plus ennuyeux : tremblements, hypertonies permanentes d'allure extra-pyramidale et mouvements excitomoteurs (crises oculogyres, contractures généralisées, akathisie, mouvements rythmés de tangage et de roulic, etc...) sont notés.

Poussés à leur paroxysme, ces incidents donnent à l'atmosphère des hôpitaux psychiatriques une allure étrange, selon Pierre ABELY : « ...on se croit, par moment, transporté dans un musée Grévin, au milieu de personnages de cire, paisibles certes, mais comme englués dans leur camisolite chimique (selon l'expression consacrée), bien fragiles dans leur adhérence sociale ».

Tous ces troubles nécessitent, bien entendu, des correcteurs à associer aux neuroleptiques. Ces correcteurs sont nombreux et s'adressent chacun à un effet secondaire particulier. A Ravenel la plupart des médecins emploient, contre les syndromes neurologiques, le trihexyphénidyle ou Artane. C'est un antiparkinsonien de synthèse dont l'action est antispasmodique, parasympathologique et psychostimulante. Il est actif contre le tremblement, l'hypertonie, les crises oculogyres, tous les symptômes qui gênent les traitements par neuroleptiques. Les posologies sont très variables et doivent être adaptées à chaque cas.

Quatrième étape : **LES TRANQUILLISANTS**

C'est un groupe de médicaments essentiellement hétérogène tant par la provenance chimique des composés qu'on peut y classer que par leurs propriétés pharmacologiques différentes. Ils se différencient des hypnotiques en ce sens que leur action hypnotique, lorsqu'elle existe, n'est qu'indirecte. Leur action doit être distinguée de celle des neuroleptiques car ils sont généralement inactifs dans les psychoses (sauf comme traitement d'appoint lorsque l'anxiété est importante) et qu'ils ne s'accompagnent pas d'effets secondaires neuro-psychiques.

Ces produits ne peuvent avoir la prétention de concurrencer l'électrochoc dans aucun domaine de son utilisation; au contraire ce sont très souvent des alliés sûrs de la sismothérapie. Nous verrons comment par la suite.

Les tranquillisants connaissent actuellement une grande vogue et ils sont surtout utilisés par le praticien de médecine générale, ce qui ne va pas sans inconvénient car, selon GUYOTAT « on ne saurait trop insister sur le danger des médicaments qui apparaissent dans certains cas comme uniquement symptomatiques et qui de ce fait peuvent jouer un rôle d'écran vis-à-vis du problème véritable du malade, dont l'anxiété n'est que l'expression. Ce risque nous paraît, du moins en France, plus important que celui de toxicomanie au sens vrai du terme. » Malgré cela, il ne faut pas cependant leur jeter la pierre car ils sont très utiles aux psychiatres.

— *Dans les psychoses* : les tranquillisants sont dépourvus d'action antipsychotique vraie mais ils peuvent agir sur les phénomènes secondaires d'anxiété qui accompagnent les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës, les psychoses schizophréniques, les états maniaques.

— *Dans les névroses*, les tranquillisants trouvent leur champ d'action préférentiel. Ils déterminent une influence de détente extrêmement précieuse pour les malades.

L'anxiété représente leur indication majeure et répond à la médication dans près de 80 % des cas. Ainsi que le notent tous les observateurs, les malades se sentent au bout de quelques jours décontractés et éprouvent un état de quiétude heureuse. Les soucis familiaux ou sociaux qui ont suscité l'apparition des troubles ne tombent pas dans l'oubli, mais leur retentissement psychique et physique est aboli. Les améliorations sont observées aussi bien dans les névroses d'angoisse très anciennes que dans les états anxieux aigus et brutaux. Les obsessions, les phobies à forte composante anxieuse sont également atténuées; certaines disparaissent complètement.

Les manifestations somatiques accompagnant l'anxiété sont parallèlement améliorées : spasmes du tube digestif, palpitations, oppressions thoraciques, céphalées nuchales s'amendent très rapidement.

L'insomnie représente une indication très particulière des tranquillisants, bien qu'ils ne soient pas, à proprement parler, des hypnotiques.

Ils exercent une détente nerveuse qui facilite l'endormissement et assure un sommeil calme et dénué de rêves.

Après avoir vu rapidement les propriétés communes à tous les tranquillisants, il nous faudra en passer quelques-uns en revue pour essayer de mettre en lumière quelques indications particulières.

LE MEPROBAMATE

Le Méprobamate (Procalmodiol ou Equanil) n'est pas un traitement symptomatique mais une médication de base des états anxieux, des angoisses et des troubles neurovégétatifs, quelle qu'en soit l'origine (cardiaque, digestive, génitale, nerveuse, etc...). C'est aussi un adjuvant thérapeutique précieux du traitement :

- de l'épilepsie : il renforce l'action des barbituriques et atténue les troubles caractériels;

- de la convulsivothérapie : personnellement nous faisons deux ampoules de 400 mg intra-musculaire chez les malades anxieux à traiter par électrochoc et nous constatons souvent qu'ils appréhendent beaucoup moins les séances;

- des délires subaigus alcooliques ou même des delirium tremens chez qui, pour une raison quelconque, on ne peut pas employer le viadril. Nous faisons faire deux ampoules I.M. toutes les quatre heures et nous avons obtenu de très bons résultats;

- des états d'agitation des vieillards : en effet, chez les psychopathes séniles l'emploi des neuroleptiques est souvent dangereux et c'est pour cela qu'il est conseillé d'utiliser le méprobamate, surtout en forme injectable. Son action la plus nette concerne l'agitation psychomotrice, la turbulence, les troubles du caractère.

Au point de vue somatique, l'action est certaine et rapide sur le sommeil : les malades retrouvent un sommeil régulier avec amélioration de l'état général.

LE CHLORDIAZEPOXIDE

Le Chlordiazépoxyde (Librium) est un inhibiteur de la tension musculaire et psychique, qui agit notamment dans les états de nervosité et d'impulsivité.

GUYOTAT estime que l'indication majeure de ce produit « est représentée par les névroses d'angoisse vraies, c'est-à-dire les états névrotiques caractérisés par la répétition plus ou moins fréquente de crises d'angoisse ». Le chlordiazépoxyde s'y montrerait nettement plus efficace que les autres tranquillisants. Il donnerait encore de bons résultats dans les cas où l'angoisse est de type phobique.

Effet nul dans les névroses obsessionnelles, mais il faut souligner son action régulatrice du sommeil : le malade dort bien la nuit sans somnolence diurne.

Les états psychotiques échapperaient totalement à son action.

Au terme de son expérimentation personnelle, GUYOTAT conclut : « Dans l'ensemble le chlordiazépoxide apparaît donc comme relativement maniable et son action anxiolytique nous semble supérieure à celle des autres tranquillisants actuellement utilisés. »

LE DIOXABORANNE

Le Dioxaboranne (I.S. 813 ou Clarmil) est un médicament de la famille des tranquillisants relaxants. Il a été étudié par MILETTO et VALLADE chez deux groupes de malades :

35 états névrotiques étalés sur toute la gamme de gravité,

10 états psychotiques sévères, tous internés.

Le groupe des névroses comprenait des malades présentant de l'inquiétude, de l'angoisse, du nervosisme et une crainte diffuse.

Les auteurs obtinrent 29 cas favorables dont 9 excellents et pas seulement dans les cas bénins.

Dans 10 cas de psychose traités, aucune amélioration de l'état mental ne fut notée.

Conclusion des auteurs : « Nos essais thérapeutiques avec l'I.S. 813 montrent un contraste saisissant entre les résultats dans les psychoses, qui sont nuls, et dans les névroses, qui peuvent être considérés comme excellents, eu égard à la ténacité des cas traités (insuccès des traitements antérieurs). L'indication majeure nous paraît être la névrose réactionnelle (récente surtout), la bouffée évolutive sur un fond de névrose d'angoisse habituelle, l'anxiété accompagnant les affections organiques... »

Le CARBAMATE DE METHYLPENTYNOL

Le Carbamate de Méthylpentynol (commercialisé sous le nom de N. Oblivon ou N. Oblivon 300) est indiqué dans toutes les manifestations de l'anxiété et de ses répercussions somatiques.

- angoisses et troubles fonctionnels digestifs, respiratoires, cardiovasculaires, génitaux, moteurs, à composante anxieuse;
- hyperémotivité favorisant les tendances anxieuses et phobiques : inquiétude, trac...;
- insomnie : le CMP rétablit un sommeil physiologique par suppression de la tension nerveuse;
- troubles du comportement, névrosisme, instabilité, agitation chez l'enfant.

Cependant ses indications semblent déborder les états névrotiques et anxieux. GODARD et RATJOENERA l'ont expérimenté chez 84 malades atteints de psychoses diverses en association avec des neuroleptiques et des antidépresseurs. Ils ont obtenu 72,6 % de résultats positifs dont 38 excellents. Nous retiendrons de leur exposé les points suivants :

— Le CMP n'apparaît pas seulement comme une « couverture des thymoleptiques et des neuroleptiques », selon l'expression consacrée.

Son action ne se borne pas à éviter les effets secondaires indésirables de ces drogues. Dans les associations, son action propre complète avantageusement celles des nombreux médicaments.

— L'association avec la lévomépromazine et l'imipramine a donné dans les états dépressifs des résultats positifs d'une constance et d'une durée remarquables.

— C'est également l'association lévomépromazine-CMP qui a donné les résultats les plus constants pour l'équilibration des psychoses intermittentes. Il y a grand avantage à prolonger cette association en postcure régulière pendant plusieurs années si nécessaire : les auteurs ont ainsi obtenu des rémissions allant de 18 mois à 4 ans et demi chez des malades qui rechutaient plusieurs fois par an.

— Le CMP semble être, après les traitements intensifs en milieu spécialisé un médicament essentiel de la reprise de l'activité pragmatique, du contact social et familial, de la vie professionnelle, et. cela, dans le domaine des psychoses graves comme les syndromes discordants, délirants, hallucinatoires et confusionnels. Ici encore, l'association avec la lévomépromazine ou la chlorpromazine semble la plus heureuse.

Mme CAHEN-DAMPT, Médecin-Chef du deuxième service à Ravenel, utilise dans les cures de sommeil l'association N.Oblivon 300 — Eunoccal qui donne de très bons résultats. Personnellement nous donnons du CMP à tous les alcooliques qui viennent pour des cures de désintoxication : nous avons maintes fois constaté que ce médicament les aidait à supporter l'hospitalisation en service psychiatrique et à retrouver un sommeil qui leur faisait défaut depuis plusieurs nuits déjà.

D'après tout ce que nous venons de voir, il semble que le CMP soit plus qu'un tranquillisant : cette dénomination est donc bien dépassée et insuffisante.

LE METHYL-PENTHYL-CARBAMATE

Le Méthyl-penthy-carbamate (91 JD ou Statran) a été expérimenté par MIRAILLET et ses collaborateurs (Clinique de Neuropsychiatrie et d'Hygiène Mentale des professeurs DECHAUME et SCHOTT) chez 16 malades névrotiques. L'analyse de leurs résultats est la suivante : le 91 JD paraît avoir une action anxiolytique marquée, qu'il s'agisse de la névrose d'angoisse proprement dite ou de l'élément anxieux greffé sur la symptomatologie des affections neurologiques. Les malades ont surtout l'impression d'amélioration en ce qui concerne :

- L'amplification péjorative des événements déplaisants;
- L'installation brutale des « ictus émotifs ».

L'état névropathique diffus réagit mal au médicament; l'asthénie n'est pas modifiée et le sommeil non restauré.

MOUREN et ses collaborateurs ont étendu le champ de leurs essais et ainsi ils ont constaté l'efficacité du Méthyl-penthy-carbamate dans

les troubles caractériels (épileptiques, schizophrènes, oligophrènes...) et les troubles psychiques des vieillards athéroscléreux, anxieux, apathiques et indifférents.

L'AZACYCLONOL

L'azacyclonol (commercialisé sous le nom de Frenquel), est un tranquillisant, mais c'est surtout ses propriétés anti-hallucinatoires qui sont les plus recherchées. Tous les auteurs sont d'accord pour souligner l'absence d'effets secondaires et d'inconvénients du médicament pour lequel existe une large marge de sécurité.

Expérimentalement, son action la plus intéressante a été montrée dans les états hallucinatoires provoqués par la mescaline et le L.S.D. 25. FABING précisa en effet que son administration fait disparaître la symptomatologie hallucinoïde créée par ces deux substances.

En France, SOULAIRAC et ses collaborateurs ont étudié le produit dans les syndromes délirants hallucinatoires chroniques. Chez tous leurs malades, le traitement par frenquel n'a été entrepris qu'après échec d'autres thérapeutiques et après cessation complète de tout neuroleptique. Chez certains, la sismothérapie a été associée en cours de traitement : il a été nécessaire de faire juste quelques séances d'électrochoc.

Les auteurs n'ont obtenu aucune modification de l'état délirant chez quelques schizophrènes. Le traitement, par contre, est d'une efficacité franche et rapide dans plusieurs psychoses hallucinatoires chroniques, sans éléments dissociatifs.

SOULAIRAC et ses collaborateurs concluent : « L'étude clinique que nous rapportons, même si le nombre de cas complètement explorés et traités est encore insuffisant, et même s'il manque un recul appréciable, semble indiquer une spécificité thérapeutique du frenquel dans une psychose particulièrement rebelle. »

LA FLUORESONE

La Fluorésone (ANP 215 ou Bripadon) est un déprimeur cortico-diencéphalique puissant mais maniable. BOITELLE et ROPERT furent les premiers à utiliser cette drogue et c'est à eux que nous laisserons le soin de présenter ses principales indications :

— Les troubles caractériels graves des épileptiques cèdent d'une façon remarquable à l'ANP 215. De nombreux malades dont le caractère était extrêmement difficile et qui perturbaient régulièrement l'ambiance du service se sont trouvés détendus, leur instabilité a diminué ; ils sont devenus plus sociables, moins taquins et leurs colères violentes ont pratiquement disparu. Les épileptiques très visqueux et brady-psychiques voient leurs troubles de la pensée sensiblement diminuer, ainsi d'ailleurs que leur adhésivité.

Cette action a été étendue à d'autres domaines. Les troubles caractériels de la première enfance, les impulsions psycho-motrices, l'instabilité

émotive des enfants de 5 à 15 ans sont remarquablement améliorés par petites doses de Fluorésone, sans phénomène secondaire d'obnubilation nuisible aux études.

On sait que les troubles caractériels du vieillard, qui sont plus ou moins liés à des involutions cérébrales, sont très rebelles aux thérapeutiques habituelles. Les états de sub-agitation avec querulence ou instabilité, ou bien encore les crises dépressives atypiques, dominent chez ces malades. De nombreux auteurs ont obtenu des améliorations spectaculaires chez ces patients par des administrations de doses filées d'ANP 215.

— Les syndromes psychosomatiques (cenestopathies et insomnie) réagissent bien au médicament et nous ne nous étendrons pas là-dessus car la fluorésone est un tranquillisant et nous avons déjà traité de l'action des tranquillisants en général.

BOITELLE et ROBERT concluent : « Loin de prendre place parmi les anti-épileptiques majeurs, ce ne peut être qu'une drogue d'appoint, mais dont les résultats sont extrêmement valables et bien supérieurs aux tranquillisants et aux neuroleptiques en ce qui concerne les troubles du caractère des comitiaux, en fonction probablement même de la sédation de l'anxiété qui sous-tend souvent les raptus coléreux et l'irritabilité. »

Personnellement nous avons employé l'ANP 215 chez quelques malades caractériels d'un pavillon dit de « chroniques » et nous voudrions, avant de clore ce paragraphe, citer le succès presque miraculeux de la fluorésone chez une jeune oligophrène qui était jusqu'en novembre 1963 la seule « camisolée » de tout l'hôpital de Ravenel.

Mlle BAU... Simone est hospitalisée le 30 nov. 1949 à l'âge de 20 ans pour état d'arriération mentale profond (niveau de l'imbécillité) avec troubles intenses du caractère et du comportement : crises nerveuses violentes, bris et jets d'objets, agressivité.

Toutes les thérapeutiques furent essayées : plusieurs séries d'électrochoc, neuroleptiques à fortes doses, barbituriques, etc., sans grand succès : la malade se calme pendant quelques jours puis rechute. Elle déchire alors tous ses vêtements, lacère les draps et les couvertures et fonce tête baissée contre les murs. Ces troubles vont en s'aggravant et atteignent leur paroxysme à la fin de l'année 1959 : *Mlle BAU...* est alors camisolée, malgré la peine qu'inspire l'emploi de cette méthode.

Plusieurs tentatives furent faites par la suite pour délivrer la malade de sa camisole mais à chaque fois c'est le même scénario : agressivité, tentative de suicide, dilacération des vêtements.

A partir du 10 octobre 1963, elle reçoit du Bripadon per os, à doses progressives jusqu'à 8 c par jour. Au bout d'une dizaine de jours, transformation spectaculaire du comportement de la malade : elle est plus calme, plus sociable et demande à se lever, chose qu'on n'a jamais vue de mémoire d'infirmier. Bien entendu la camisole est supprimée.

L'amélioration continue encore maintenant avec 6 mois de recul.

Vouloir développer en détail l'action de tous les tranquillisants utilisés actuellement nous prendrait trop de temps, et c'est pour cela

que nous passerons rapidement sur les autres drogues, qui sont aussi efficaces que celles que nous venons de voir :

— LA BENACTYZINE serait réservée avec prédilection aux ruminations mentales pénibles.

— L'HYDROXYZINE (UCB 492 ou Atarax) augmente le rendement intellectuel, diminue l'anxiété de l'avenir et aide à faire face. Son efficacité est aussi certaine dans les troubles caractériels, l'instabilité et l'hyper-émotivité de l'enfant.

— Le CARBAMATE DE PHENYL-ETHINYL-CARBINOL (commercialisé sous le nom d'Equilium) trouve son utilité dans les réactions névrotiques faibles et les troubles du sommeil (névrotiques ou secondaires aux psychotoniques).

— Le MODERIL ou LW 46 supprime les effets nocifs des états d'excitation extrinsèque (surmenage, nervosité, anxiété, trac, irritabilité) et peut rendre des services utiles en tant que sédatif diurne.

— Le PHENALGYCODOL ou SINFORIL est efficace dans les états névrotiques bénins avec instabilité émotionnelle, et comme potentialisateur des hypnotiques.

— La METHAQUALONE ou TORAFLOX a un champ d'action s'étendant sur les névroses d'angoisse, les états dépressifs anxieux névrotiques, les cures de désintoxication alcoolique et la comitialité. Son association est possible et favorable avec les neuroleptiques et les thymoanaleptiques.

Cinquième étape : **LES ANTI-DEPRESSEURS**

La chimiothérapie des états dépressifs représente la plus récente étape du développement de la psycho-pharmacologie. Les médicaments neuroleptiques, introduits depuis 1952 à la suite de la chlorpromazine, se montrèrent d'une remarquable efficacité dans les états d'excitation, et lors des psychoses chroniques, mais par contre décevants, voire aggravants, dans les états de dépression endogène; quant aux drogues « tranquillisantes », elles ne possèdent qu'une légère action sédatrice sur l'anxiété névrotique, utile seulement dans certains types de dépressions mineures. Seul l'électrochoc était réellement efficace sur les dépressions ou du moins sur la dépression mélancolique franche. Cette unique possibilité thérapeutique ne plaisait pas à tous les psychiatres et elle était redoutée dans certains cas par de nombreux malades.

C'est pourquoi l'apparition dès 1957 de la chimiothérapie anti-dépressive est accueillie avec faveur par tous les adversaires de la sismothérapie qui ont désormais entre les mains des armes pour soigner leurs malades, sans recourir à une méthode qu'ils considèrent comme « barbare ». Nous verrons, cependant, plus loin, que même les plus

acharnés de ces adversaires de l'électrochoc conseillent d'y avoir recours dans certains cas particuliers.

C'est donc en 1957 que furent découvertes, presque parallèlement, les propriétés véritablement anti-dépressives de deux médicaments appartenant à des familles chimiques différentes : l'iproniazide et l'imipramine.

Ainsi naquit le groupe des anti-dépresseurs, qui s'est depuis enrichi d'autres dérivés appartenant, soit à la famille de l'iminodibenzyl, comme l'imipramine, soit à celle des inhibiteurs de la mono-amino-oxydase (I.M.A.O.), comme l'iproniazide. Nous allons les passer rapidement en revue, si vous le voulez bien.

LES DERIVES DE L'IMINODIBENZYL

Ils ont été expérimentés depuis plusieurs années sans succès dans des indications analogues à celles des phénothiazines, c'est-à-dire successivement comme anti-histaminiques, anti-parkinsoniens et tranquillisants. Nous verrons dans ce qui va suivre comment la découverte des propriétés d'un médicament peut dépendre de la conscience professionnelle d'un expérimentateur. Les plus connus de ces dérivés de l'iminodibenzyl sont : l'imipramine, qui est le chef de file, la triméprimine et l'amitriptyline.

L'Imipramine

L'Imipramine (G. 22.355 ou Tofranil Geigy) fut présentée au monde médical en 1957 par Roland KUHN. En fait, sa découverte est due à sa ténacité et au caractère systématique de son expérimentation : le produit lui avait, en effet, été confié comme un substitut possible des phénothiazines neuroleptiques, mais les résultats dans la plupart des psychoses étaient médiocres. Au lieu de le rejeter purement et simplement KUHN l'expérimenta dans les états dépressifs qui représentaient une faille dans l'efficacité des neuroleptiques. Les résultats favorables furent alors très nombreux et à partir de ce moment-là un « changement de front » (DELAY et DENIKER) fut opéré dans la marche de l'expérimentation pharmacologique : il a abouti à la découverte de tous les médicaments anti-dépresseurs connus actuellement.

De nombreuses publications ont consacré la réussite de l'imipramine dans le traitement des états dépressifs. Résumant l'opinion de différents auteurs français et américains, GUYOTAT et LAMBERT fournissent, selon l'étiologie, les propositions suivantes de bons résultats :

— dans les dépressions de la psychose maniaco-dépressive : 70 à 85 % de succès. L'imipramine serait alors douée d'un effet thymoleptique et antipsychotique.

— dans les dépressions d'involution : 55 à 70 % de résultats favorables. Cependant on constate que la proportion des succès diminue largement avec l'âge. Il ne s'agirait toutefois pas d'une perte d'efficacité du médicament mais une limitation d'action par les troubles organiques qui accompagnent la vieillesse, en particulier au niveau du système cardio-vasculaire.

— dans les psychoses réactionnelles et névrotiques : 50 % de succès pour les premières et de 30 à 55 % pour les secondes.

La psychothérapie y joue un rôle décisif à côté du traitement médicamenteux. L'effet thymoléptique de l'imipramine modifie le terrain affectif et rend le malade plus accessible à cette psychothérapie.

L'association de l'imipramine avec d'autres thérapeutiques est très souvent nécessaire, soit pour renforcer son action, soit pour réduire l'importance des effets secondaires.

Les neuroleptiques (chlorpromazine et surtout alimémazine) empêchent l'inversion d'humeur chez les mélancoliques cycliques et donnent parfois des résultats surprenants chez des malades qui, au début, ne réagissent que peu ou pas du tout à l'imipramine seule.

Les tranquillisants combattent efficacement l'action anxiogène du G. 22.355 et le couple imipramine-méprobamate est l'un des meilleurs qui soient, notamment lorsqu'il s'agit de réduire la sensation de tension intérieure, souvent signalée par les malades.

D'autre part, tous les auteurs sont maintenant d'accord pour reconnaître que la chimiothérapie par l'imipramine et la sismothérapie conjuguent heureusement leurs efforts lorsqu'il s'agit d'agir très vite (mélancolique grave avec menace de suicide) ou lorsque l'action du produit se manifeste trop lentement. Cette association peut être simultanée ou successive, mais son avantage principal est de permettre de réduire considérablement le nombre des chocs pour un effet optimum et aussi de prendre le relais de la sismothérapie par l'imipramine une fois cet effet obtenu.

MICHAUX et DUCHÉ, de Paris, ainsi que PERPINIOTIS, d'Athènes, ont employé le produit chez 13 enfants de 9 à 16 ans sous trois rubriques :

5 cas de dépression (réactionnelle, mélancolique...),

4 cas de syndrome obsessionnel,

4 cas divers (tics, réactions émotives, inhibition).

Ils ont utilisé de petites doses (75 mg) pendant une durée moyenne de 6 semaines : les résultats furent spectaculaires dans 9 cas, assez bons dans 3 cas et un seul échec fut noté.

Pour conclure cette brève revue des indications de l'imipramine, nous citerons ces quelques phrases de GUYOTAT et LAMBERT : « En conclusion, on peut considérer l'imipramine comme ayant introduit dans le traitement des dépressions une révolution qui, si elle n'est pas celle de l'efficacité, fief toujours réservé à la sismothérapie, est celle du moins de la facilité, de l'étendue, de la continuité possible de la prescription. Grâce à l'imipramine, on peut dire que le traitement de la dépression est devenu une thérapeutique courante. »

La Triméprimine

On sait l'intérêt qu'offrent, dans le traitement des états dépressifs, certains neuroleptiques fortement sédatifs du type lévomépromazine, puis l'apport récent dans cette même indication de nouvelles chimiothérapies non neuroleptiques et notamment de l'imipramine.

Or, l'expérience clinique a montré que ces deux médicaments ne s'adressaient pas aux mêmes aspects de la dépression, que leurs effets n'étaient pas rigoureusement superposables, mais bien plutôt complémentaires. C'est ainsi que les formes où prédomine l'inhibition psychomotrice sont particulièrement justiciables de l'imipramine, alors que celles où prévalent l'anxiété et l'insomnie relèvent bien plutôt de la lévomépromazine.

D'où l'orientation des recherches visant à obtenir un corps dont la structure chimique participerait à la fois à celle de l'imipramine et de la lévomépromazine et qui unirait les avantages thérapeutiques de chacune d'elles.

Ces recherches ont abouti à la synthèse de la Triméprimine (7162 RP ou Surmontil) qui conserve le noyau iminodibenzyl de l'imipramine, auquel se raccorde une chaîne latérale analogue à celle des neuroleptiques les plus sédatifs du type lévomépromazine.

Pour faire le bilan clinique du 7.162 RP, nous nous adresserons aux travaux de LAMBERT et GUYOTAT. En clinique, comme au laboratoire, on retrouve la dualité d'action à la fois anti-dépressive et anxiolytique du produit :

— dans les dépressions mélancoliques : les résultats obtenus par différents auteurs sont à peu près équivalents à ceux donnés par les autres thymo-analeptiques : LAMBERT et GUYOTAT citent des succès dans 58 % des cas.

Dans les états mélancoliques, la triméprimine agit en deux temps : tout d'abord, au bout de 48 heures environ, c'est l'effet sédatif qui se manifeste avec notamment réapparition du sommeil et disparition de l'anxiété. Dans un deuxième temps, apparaît progressivement l'effet anti-dépressif du produit.

— dans les états névrotiques (dépressions névrotiques, névroses obsessionnelles, hypochondriaques et d'angoisse) : JUILLET et ses collaborateurs, qui ont soigné 33 patients, estiment que la triméprimine est essentiellement un anxiolytique particulièrement actif dans les névroses d'angoisse et dans les dépressions névrotiques à forte charge anxieuse. Les névroses obsessionnelles répondent aussi favorablement au produit.

L'action anti-dépressive du 7.162 RP est certaine mais paraît moins importante et un peu plus tardive que l'effet anxiolytique.

La triméprimine a été utilisée avec succès dans d'autres domaines de la médecine, notamment dans les troubles du caractère, les algies organiques (algies d'allure néoplasique par SCHOTT) et chez les vieillards. D'après LAMBERT et GUYOTAT le 7.162 RP « apparaît comme un médicament maniable au champ d'action plus étendu que les médicaments précédents en raison de sa double action anti-dépressive et anxiolytique (déficits mnésiques de la cinquantaine, sénilité précoce, involu- psychotrope du fait de sa faible activité antipsychotique. »

L'Amitriptyline

L'amitriptyline est une substance chimiquement apparentée à trois autres drogues : l'imipramine, la chlorpromazine et le chlorprothixène. Cette triple parenté chimique se retrouve sur le plan pharmacologique et sur le plan clinique. En effet, on peut distinguer trois composants dans l'action de l'amitriptyline, commercialisée sous le nom de Laroxyl (Ro 4-1575 Roche) :

— l'effet sédatif des neuroleptiques : il se manifeste dès les premiers jours du traitement et se traduit par une diminution de l'agitation psycho-motrice, par un rapide retour du sommeil chez des malades insomniaques depuis longtemps parfois.

— l'effet apaisant des anxiolytiques : il est quasi immédiat : détente intérieure, atténuation de la douleur morale et retour au calme.

— l'effet anti-dépressif des thymo-analptiques : cette action est souvent sensible au bout de quelques jours : le malade reprend contact avec le monde extérieur, ses idées d'indignité, d'auto-accusation, etc..., s'estompent progressivement et il devient accessible à la psychothérapie.

LAMBERT a expérimenté le produit chez 63 malades représentant toute la gamme des dépressions (mélancoliques typiques, séniles, névrotiques, etc...). Il a obtenu 25 guérisons complètes (40 % des cas) et l'ensemble des résultats satisfaisants dépasse 60 % des cas.

Deux groupes d'affections semblent particulièrement sensibles à l'amitriptyline :

Les mélancolies de la psychose maniaco-dépressive :

LAMBERT a obtenu 7 guérisons sur 10 cas. Les inversions thymiques, avec phénomènes de turbulence et réaction hypomaniaque, sont exceptionnelles.

— les dépressions névrotiques :

6 guérisons sur 9 cas pour LAMBERT et sans aucun échec.

A Ravenel, les succès de l'amitriptyline dans cette indication ne se comptent pas et nous verrons plus loin des observations prises dans les services des docteurs GÉRARDIN et Thérèse CAHEN-DAMPT.

Pour de nombreux auteurs, les dépressions d'involution, préséniles et séniles, les formes délirantes de la mélancolie, ne réagissent pas bien au Ro 4-1575. Personnellement nous avons présent à la mémoire le cas d'une malade de 66 ans, hospitalisée le 29 août 1963 pour des troubles mentaux caractéristiques d'un accès mélancolique d'involution sénile. Depuis son entrée, elle est restée craintive, gémissant sans cesse et ayant le sentiment mal objectivé d'une hostilité d'autrui. Malgré un traitement énergique par neuroleptiques et tranquillisants, aucune amélioration ne se dessine : la malade pleure sans arrêt, se demande sans cesse « ce qui l'attend ».

Le 20 novembre 1963, on la met à deux comprimés de Laroxyl par jour. Au bout de 5 jours environ, résultat spectaculaire : la malade

est détendue, souriante et s'occupe de menus travaux. Elle sort le 7 janvier 1964 complètement guérie.

L'amitriptyline, en raison de l'addition de ses différentes propriétés, dispense souvent de toute association médicamenteuse. Cependant il est utile de renforcer ou de compléter son action par des médicaments anxiolytiques, la chlorpromazine et surtout par la sismothérapie dans les dépressions avec agitation ou lorsque la tendance suicidaire est particulièrement menaçante.

Au terme de son expérimentation, LAMBERT conclut :

« Plus actif que les inhibiteurs de la mono-amino-oxydase, légèrement moins actif que l'imipramine ou la triméprimine, l'aminotriptyline est un thymo-analéptique qui s'adresse à tous les états dépressifs, mais plus particulièrement aux dépressions névrotiques et aux mélancolies participant de la psychose maniaque-dépressive. En accord avec les auteurs qui ont étudié ce produit, nous avons pu constater que ses effets secondaires étaient nettement moindres que ceux dus à l'imipramine ou à la triméprimine. »

LES INHIBITEURS DE LA MONO-AMINE-OXYDASE

Tous les neuro-physiologistes connaissent l'action de la sérotonine au niveau du système nerveux. FOUKS et ses collaborateurs, cités par GUYOTAT, écrivaient en 1957 : « la sérotonine... paraît avoir une action élective sur les états d'inhibition, d'apathie, d'inertie. En effet, elle active le malade, entraîne la reprise d'une certaine activité pragmatique, améliore et stabilise le comportement, favorise le contact et entraîne une légère euphorie ». La sérotonine est catabolisée entre autres par un enzyme, la mono-amino-oxydase, qui la transforme en un produit d'excrétion. Les substances chimiques qui bloquent ce catabolisme en inhibant la mono-amino-oxydase produisent une élévation rapide et prolongée du taux de la sérotonine cérébrale et exercent une action anti-dépressive.

Ces drogues sont très nombreuses actuellement et nous profiterons de l'étude de leur chef de file, qui est l'iproniazide, pour préciser leurs indications en psychiatrie.

L'iproniazide (MARSILID ROCHE)

C'est KLINE qui propose en 1957 l'utilisation de l'iproniazide en thérapeutique psychiatrique et il fut suivi par de nombreux auteurs. A la lumière de plusieurs communications et de son expérience personnelle, GUYOTAT situe de la façon suivante les indications de l'iproniazide :

— dans les mélancolies : les résultats seraient favorables dans 50 % des cas de mélancolie où prédomine l'inhibition. L'humeur est radicalement changée, l'optimisme renaît et on assiste à une reprise de l'élan vital, de l'initiative et du goût de l'action.

Les formes anxieuses et délirantes sont peu modifiées.

L'action du produit ne se manifeste quelquefois qu'au bout de trois semaines environ et il est alors conseillé de passer à d'autres médicaments (imipramine, triméprimine ou même électrochoc) dans les cas urgents.

— dans les dépressions réactionnelles et les syndromes psychasthéniques : les résultats sont assez bons dans l'ensemble et on note l'effacement de la fatigabilité et de l'anorexie.

— dans les schizophrénies : de bons résultats ont été notés chez les malades rétractés, autistes, apragmatiques, indifférents. Un meilleur contact, une plus grande activité, favorables à la psychothérapie et à l'ergothérapie, ainsi que plus de goût pour les soins corporels, ont été obtenus dans un nombre non négligeable de cas.

L'iproniazide a été utilisée avec succès dans une série d'autres indications et notamment en cardiologie dans l'angine de poitrine et l'hypertension artérielle.

La fréquence de quelques incidents et surtout l'apparition de nombreux autres IMAO font dire à GUYTAT : « ...la tendance générale semble être actuellement vers un abandon progressif de l'iproniazide en raison de ses complications (rares accidents hépatiques, accidents hypotensifs fréquents) que l'on peut cependant éviter par une surveillance suffisante ».

L'Isocarboxazide (MARPLAN ROCHE)

Ses effets sont meilleurs que ceux de l'iproniazide et surtout ils se manifestent plus rapidement (10 jours en moyenne). Il exerce, dans les états dépressifs évoluant sur un fond névrotique, obsessionnel ou phobique, une activité se traduisant par une meilleure adaptation socio-professionnelle, une atténuation de l'instabilité.

Au cours des mélancolies, ce sont les formes traînantes avec apathie, asthénie physique et intellectuelle, manque d'initiative et risque d'évolution vers l'inertie et le marasme qui répondent le mieux à l'isocarboxazide.

Il est compatible avec la plupart des thérapeutiques employées en psychiatrie, notamment les électrochocs, les neuroleptiques, les tranquillisants, la vitaminothérapie. Son emploi dans la plupart des névroses et dans certaines formes de la schizophrénie facilite de façon très nette la psychothérapie en levant les barrages et les inhibitions.

La Nialamide (NIAMIDE)

Son peu de toxicité, tant hépatique que vasculaire, font du nialamide un médicament très maniable.

Son action s'exerce beaucoup plus sur la dépression que sur la dysthymie : c'est donc plus un analeptique psychique qu'un thymoleptique.

Dans les mélancolies, la nialamide employée seule ou associée à la sismothérapie, provoque la liquidation rapide du ralentissement psychomoteur et à un degré moindre, la normalisation de la thymie.

Dans les schizophrénies où prédominent l'inertie, le repli autistique et le désintérêt, on note une action favorable du médicament sur le dynamisme vital : reprise des contacts, accroissement de l'activité et amélioration du comportement.

Résumant les résultats de ses travaux sur les 3 IMAO que nous venons de voir, GUYOTAT écrit : « Dans les états mélancoliques graves, l'efficacité de ces médicaments est certainement très inférieure à celle des électrochocs, surtout lorsqu'il s'agit d'agir vite. Elle nous paraît inférieure à celle de l'imipramine et du triméprimine.

Dans les dépressions névrotiques, ils sont certainement utiles et dans l'ensemble, surtout la niamide, mieux supportés que l'imipramine (pas de sueurs, peu de vertiges, pas de sécheresse de la bouche).

Dans les schizophrénies « inactives » ou stabilisées par les neuroleptiques, les inhibiteurs de la M.A.O. (iproniazide et isocarboxazyd surtout) permettent une reprise d'initiative et d'activité ».

Le nombre des inhibiteurs de la M.A.O. mis à la disposition des psychiatres augmente sans arrêt et nous allons passer en revue quelques-uns des plus remarquables.

La Phénelzine (NARDELZINE)

La phénelzine inhibe électivement la mono-amine-oxydase au niveau du cerveau, franchit facilement la barrière méningée et semble dépourvue de toxicité hépatique.

Envisagés d'une façon globale, ses succès thérapeutiques obtenus dans le traitement des syndromes dépressifs (dépressions endogènes, réactionnelles, névrotiques, phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive...) sont en général de 75 à 80 %.

FOUKS, avec la facilité littéraire qui le caractérise, écrit à propos de l'action de la phénelzine :

« L'effet psychotonique est net, le malade se trouve stimulé; l'asthénie, l'inertie, l'apathie, l'aboulie, la passivité se dissipent; le malade, moins fatigable et plein d'allant, retrouve le goût de l'action et la joie de l'initiative...

« Stimulé et activé, le malade se trouve socialisé; la morosité, le retranchement, l'inhibition, l'apathie, se dissipent également et parallèlement. Heureux de vivre et parfois même émoustillé, le malade se remet au travail, il retrouve un réel plaisir à renouer contact avec autrui, il s'intéresse aux discussions et aux conversations, il est heureux de reprendre son activité ainsi que sa place dans la communauté. »

Nous n'y ajouterons pas un seul mot.

Le P.C. 603 (SURSUM)

Ce médicament a été essayé par BORENSTEIN et ses collaborateurs chez 57 malades présentant des états dépressifs de types divers. Ses principales indications paraissent être :

— les dépressions réactionnelles où BORENSTEIN et ses collaborateurs ont obtenu des résultats spectaculaires, tant par la rapidité que par la qualité des améliorations et guérisons obtenues :

sur 26 malades traités, 20 ont guéri complètement et 4 ont été bien améliorés.

Il semble que ce soit là l'indication élective du P.C. 603.

— les états dépressifs au cours de psycho-névrose : les auteurs ont obtenu 2 guérisons complètes et une amélioration importante sur 6 cas traités. Le fonds obsessionnel semble réagir favorablement au médicament.

En dehors de ces deux indications, les autres cas de dépression (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, délires chroniques à thèmes hypochondriaques) n'ont pratiquement pas été modifiés.

Après leur expérimentation, BORENSTEIN et ses collaborateurs concluent : « Il résulte de cette étude que le P.C. 603 dans le traitement des syndromes dépressifs, et plus particulièrement dans celui des dépressions réactionnelles et des psycho-névroses obsessionnelles, se situe parmi les plus maniables et les plus efficaces des inhibiteurs de la mono-amino-oxydase actuellement utilisés. »

L'Hydrazino-octane (NIMAOL)

L'hydrazino-octane agit essentiellement sur le déséquilibre thymique endogène, jusqu'à inverser les effets de l'humeur fondamentale.

DELAY et ses collaborateurs ont étudié le produit chez 31 malades se répartissant comme suit :

13 états dépressifs simples,

10 syndromes mélancoliques francs dont 3 mélancolies graves,

1 cas de dépression hypochondriaque,

7 cas de syndromes dépressifs, au cours d'états psychotiques chroniques.

Les résultats les meilleurs sont obtenus dans :

— la dépression simple : 53 % de succès. L'hydrazino-octane supprime l'anxiété, stimule l'activité intellectuelle, améliore le comportement social, provoque le retour de l'appétit.

— le syndrome mélancolique modéré : 57 % de succès. La drogue agit comme un thymoanaleptique stimulant et euphorisant : elle redonne au malade le goût et la joie de vivre.

— la mélancolie grave : les résultats favorables sont de l'ordre de 33 %, mais l'association avec les électrochocs peut améliorer ce pourcentage.

Les dépressions survenant au cours d'une psychose délirante et les dépressions névropathiques sont peu influencées par cette thérapeutique.

DELAY et ses collaborateurs concluent à propos de l'emploi de l'hydrazino-octane : « Ses effets thérapeutiques le situent parmi les

autres produits efficaces actuellement connus; d'après notre expérience, on peut le classer comme :

- inférieur à l'activité de l'imipramine, à laquelle on peut néanmoins le comparer pour son pouvoir thymo-analeptique et ses propriétés activatrices de l'électro-encéphalogramme.
- inférieur à l'activité de l'iproniazide, qui est la plus puissante des hydrazines anti-dépressives.
- sensiblement égal à l'activité du nialamide.
- supérieur à celles d'autres IMAO comme l'isocarboxazide et la phénelzine. »

La Tranylcypromine (TYLCIPRINE Théraplix)

D'après les travaux de nombreux auteurs tant américains que français, la tranylcypromine (ou 2.145 T.H.) se range parmi les plus puissants inhibiteurs de la mono-amine-oxydase actuellement connus. Sa structure chimique l'apparente à l'amphétamine dont elle se distingue cependant sur le plan pharmacologique.

FOUKS et ses collaborateurs ont expérimenté le produit et obtenu à peu près 74 % de bons résultats dans les états dépressifs de type mélancolique, qu'ils soient d'origine exogène ou endogène, les dépressions névrotiques et réactionnelles, les psychasthénies.

Les auteurs conseillent son association avec la trifluopérazine (Terfluzine) dans les dépressions endogènes (mélancolie et phase dépressive de la psychose maniaco-dépressive) et ils concluent :

« Le 2.145 T.H. est un thymoanaleptique euphorisant et stimulant; il lève l'inhibition, normalise le cours de la pensée, dissipe la dépression, abaisse la tension nerveuse, dissout l'anxiété, provoque une euphorie s'accompagnant de détente avec reprise de la joie de vivre et du goût de l'action. Son action est potentialisée par les neuroleptiques sédatifs et anxiolytiques qui sont systématiquement indiqués en cas de dépression mélancolique. »

A signaler qu'il existerait « une affinité élective de certains malades pour le 2.145 T.H. qui ne s'améliorent qu'avec cette drogue, rechutent dès qu'on l'arrête malgré le remplacement substitutif d'un autre thymo-analeptique. »

Ce médicament vient d'être retiré du commerce.

Avant de clore ce chapitre sur les anti-dépresseurs nous voudrions parler de quelques médicaments appelés noo-analeptiques (stimulants de la vigilance) qui font partie, avec les précédents, de la grande famille des psycho-analeptiques. Il y en a deux qui nous sont familiers et qui, à vrai dire, ne « condamnent » l'électrochoc dans aucun domaine mais au contraire sont ses précieux alliés.

La Centrophénoxine (LUCIDRIL Anphar)

La centrophénoxine (ANP 235) fait partie des « régulateurs métaboliques du système nerveux central ». Elle facilite considérablement

l'action de l'adrénaline et empêche la chute de l'acétylcholine au niveau du cerveau.

Ses principales indications, d'après DELAY et ses collaborateurs, sont :

— les troubles de la conscience, notamment les confusions mentales aiguës : on obtient une guérison complète et rapide; presque sans transition, le malade devient lucide et bien orienté.

Il faut signaler ici une double position vis-à-vis de l'électrochoc :

Tout d'abord l'ANP 235 peut prendre la place de la sismothérapie dans le traitement des confusions mentales; ensuite il peut en même temps servir d'allié à la sismothérapie en aidant à sortir plus rapidement de la confusion les malades traités par la méthode de BINI : en effet il est courant de faire des injections de lucidril aux malades traités par l'électrochothérapie intensive et qui restent trop longtemps confus.

— les états déficitaires et notamment les phénomènes de la sénescence déficits mnésiques de la cinquantaine, sénilité précoce, involution sénile, etc...). L'amélioration est rapide et permet la reprise d'une activité subnormale.

L'emploi de la centrophénoxine dans d'autres domaines (delirium tremens, schizophrénies...) a été préconisé par de nombreux auteurs, mais nous ne nous étendrons pas là-dessus.

La Phényl-imino-oxo-oxazolidine

Ce médicament commercialisé sous le nom de Deltamine est un nouveau stimulant cérébral. Elle doit être associée aux neuroleptiques pour corriger leurs effets secondaires. Ainsi elle est surtout utilisée chez les malades psychiatriques à réimplanter dans la vie sociale après un séjour plus ou moins long à l'asile. Ces malades (schizophrènes, délirants, maniaco-dépressifs) reçoivent très souvent de fortes doses de neuroleptiques qui les plongent dans l'inertie et l'apragmatisme. La 956 les libère de leur immobilité et leur permet de reprendre leurs occupations.

Les autres indications de la phényl-imino-oxo-oxazolidine sont extra-psychiatriques et sortent par conséquent des limites de notre travail.

L'Amino-éthyl-isothiouronium (SURRECTAN « EGIC »)

Ses principales indications sont :

— Les comas : traumatiques, vasculaires ou après intervention neuro-chirurgicale.

— Les syndromes neurologiques déficitaires : hémiplegies de cause vasculaire...

— Les troubles trophiques cutanés (escarres, maux perforants plantaires).

La voie d'administration est essentiellement la voie veineuse à raison d'une ampoule de 1 g diluée dans 250 ml de sérum par 24 heures.

CONCLUSION

Comme nous venons de le voir, les chimiothérapies ont envahi tout le champ d'action de l'électrochoc; pour chaque maladie mentale, la psycho-pharmacologie fournit plusieurs médicaments à la fois, plus ou moins efficaces et plus ou moins maniables. Il est alors évident que les psychiatres éprouvent parfois des difficultés pour s'y reconnaître. D'ailleurs ils ont réagi de plusieurs manières différentes vis-à-vis des chimiothérapies et cette réaction conditionne leur attitude vis-à-vis de la sismothérapie :

1° « Pour les uns l'apparition des chimiothérapies est une révolution qu'il n'y a qu'à poursuivre pour tout résoudre » (ACHAINTRE et BALVET). Cet enthousiasme pour l'emploi des drogues dans les psychoses se transforme en « hargne, rogne et grogne » contre l'électrochoc. L'éminent Professeur BARUK, chef de file des adversaires de la sismothérapie, écrit, après une expérimentation de la chlorpromazine seule dans le traitement de plusieurs maladies mentales :

« Les résultats rapides obtenus dans de nombreux cas et l'inocuité de la méthode enlèvent aux méthodes de choc les quelques arguments qui pourraient encore, pour certains, plaider en leur faveur, malgré les inconvénients multiples qu'elles présentent. »

Le Docteur Michel BAUDRY, répondant aimablement à notre question, nous a écrit :

« Voici sept ans que je n'ai plus effectué un seul électrochoc.

« La seule indication qui me paraisse demeurer est celle de la cure d'anéantissement de BINI dans certaines indications, au demeurant fort rares, de délire paranoïaque ou de délire passionnel très actif. Pour tous les autres états mentaux, les neuroleptiques et les thymoleptiques constituent des armes autrement efficaces et souples. »

2° « D'autres, manifestement déçus, se comportent comme des amoureux bafoués, qui prétendent n'avoir jamais aimé. Pour eux, les neuroleptiques, et les chimiothérapies en général, n'ont rien apporté d'essentiel : les cyclothymiques guérissent plus vite, mais reviennent plus souvent; les schizophrènes acquièrent un semblant de sociabilité qu'un rien suffit à détruire; quant aux névroses il n'y a rien à attendre pour elles des chimiothérapies » (ACHAINTRE et BALVET).

Tel est l'avis de REQUET et BANGE qui n'hésitent pas à parler de « déclin des ganglioplégiques » en écrivant : « Maintenant les syndromes psychiatriques s'aggravent et l'action des neuroplégiques s'avère insuffisante, voire nulle : le problème de l'agitation s'impose de nouveau à nous. »

L'avis de Paul ABELY est le même, mais plus nuancé; après avoir rappelé les inconvénients de la chimiothérapie, il écrit : « Cette apparente critique ne diminue en rien le grand espoir que fait naître en moi la chimiothérapie, surtout lorsque, peu à peu, nous serons moins étourdis par le tourbillon chorégraphique de ces molécules qui s'additionnent, s'entrechoquent, se superposent, de semaine en semaine et que nous aurons mieux sélectionné les produits adéquats à tel ou tel cadre nosographique. »

Le débat est donc plus que jamais ouvert entre partisans et adversaires de l'électrochoc.

CHAPITRE III

BILAN ACTUEL DE L'ÉLECTROCHOCTHÉRAPIE

Chapitre III

BILAN ACTUEL DE L'ÉLECTROCHOOTHÉRAPIE

Nous venons de voir dans les chapitres précédents les deux révolutions successives subies par le traitement des maladies mentales. Pour l'instant les psychiatres sont mieux armés qu'autrefois mais le choix des armes varie avec les différents auteurs et crée de nombreuses polémiques. Les uns condamnent sévèrement l'électrochoothérapie et ne veulent entendre parler que des drogues; cependant ils avouent que, bon gré mal gré, ils sont obligés, dans des circonstances particulières, d'employer ce procédé « barbare » qu'est pour eux la sismothérapie. D'autres croient à l'efficacité des deux méthodes de traitement et n'utilisent l'une ou l'autre, ou même les deux à la fois, qu'en fonction de l'évolution de la psychose elle-même.

Le débat entre les deux tendances en est là.

A Ravenel, les médecins-chefs viennent de différents horizons et leurs opinions résument à peu près les tendances actuelles : si les docteurs GÉRARDIN et Mme CAHEN-DAMPT croient aux vertus thérapeutiques de l'électrochoc et l'utilisent très souvent, le docteur JOSSE est un chaud partisan de la psychanalyse et la psychothérapie avant tout; il estime cependant que devant le flot incessant des malades qui envahissent l'hôpital, le psychiatre, faute de temps et de place, doit essayer de guérir, ou tout au moins d'améliorer ses patients le plus rapidement possible; c'est pour cela, qu'en attendant des jours meilleurs, l'utilisation de la sismothérapie, dont les effets sont rapides (mais éphémères pour certains) lui paraît nécessaire. Le docteur MORENON utilise avant tout les drogues et réserve l'électrochoc aux cas résistants.

La plupart des auteurs à qui nous avons envoyé notre questionnaire sur l'utilisation 1964 de l'électrochoc nous ont répondu aimablement et, tout au long de ce qui va suivre, nous ferons état de leur avis. Nous remercions donc encore une fois ces auteurs d'avoir daigné participer à notre modeste travail; ce sont :

Professeur DELMAS-MARSALET (Bordeaux).

Professeur agrégé GUYOTAT (Lyon).

Docteurs : Paul ABELY (Paris), LOO (La Charité-sur-Loire), BAUDRY (Marseille), FOUKS (Poitiers), Mme MEDEVIELLE, GARDE, EPPE et UEBERSCHLAG (Lannemezan).

En fouillant dans les dossiers de tous les services de Ravenel, nous avons réussi à rassembler quelques observations de malades ayant été soignés par les différentes méthodes thérapeutiques; classées par syndromes, elles nous paraissent illustrer parfaitement les divergences existant actuellement entre les divers auteurs.

SYNDROMES D'EXCITATION

Les états d'excitation et d'agitation psychotiques représentent un groupe morbide fréquemment rencontré et qui est en réalité d'une grande hétérogénéité.

Tout d'abord certains troubles psychotiques aigus surviennent de façon apparemment primitive ou isolée chez des sujets qui semblaient mener une existence normale : c'est le cas du syndrome maniaque par exemple. Ensuite les phases d'excitation et d'agitation peuvent survenir sur un fond de morbidité antérieure (comme cela se voit souvent dans les pavillons dits de chroniques) ou accompagner une bouffée délirante, une confusion mentale.

Ces considérations expliquent qu'il n'y ait pas de traitement spécifique de l'agitation : chaque cas particulier doit recevoir un traitement approprié, tenant compte des différents aspects psychotiques et somatiques de l'affection en cause. Bien sûr, ce traitement varie avec les conceptions des différents auteurs, et nous le verrons tout au long de ce qui va suivre.

Nous n'aurons en vue, dans ce chapitre, que les accès maniaques et les épisodes d'excitation, d'agitation ou d'agressivité survenant isolément chez des personnes sans passé pathologique.

MANIE AIGUE

Elle s'intègre dans 85 % des cas dans le cadre évolutif général de la psychose maniaco-dépressive (ESCOUROLLE). Elle ne doit pas être confondue avec les multiples états d'agitation observés en psychiatrie. Ses caractères principaux sont « l'exaltation et la versatilité de l'humeur, l'hyperactivité désordonnée de la vie intellectuelle, aboutissant à la fuite des idées, l'agitation frénétique » (ESCOUROLLE). Elle reste un accident aigu dont l'évolution spontanément régressive est considérablement hâtée par les différentes thérapeutiques.

— Certains auteurs sont *contre l'emploi de l'électrochoc* :

BARUK parle de résultats douteux, ESCOUROLLE de « résultats incertains et nettement inférieurs aux résultats excellents de l'électrochoc dans la dépression mélancolique ».

HANDERSON et GILLESPIE écrivent : « Nous désapprouvons l'application de ce traitement dans les états maniaques : à notre connaissance de tels cas sont aggravés par le traitement plutôt qu'améliorés. »

DELAY et DENIKER résument ainsi la pensée des adversaires de la sismothérapie : « L'accès maniaque est, en général, complètement réductible par la cure neuroleptique, pourvu que celle-ci soit suffisamment dosée et prolongée. »

Les observations qui suivent peuvent donner raison à tous ces auteurs.

OBS. I. — Mme BER... Suzanne, 39 ans est une cyclothymique qui a été hospitalisée plusieurs fois pour des accès maniaques typiques. Depuis 1961 son humeur est restée stable jusqu'au mois de septembre 1963 où elle se surmène à l'occasion d'un déménagement. La maladie d'un de ses enfants amène, sur ce fond de fatigue, une nouvelle rechute.

C'est ainsi que le 1^{er} octobre 1963, elle est de nouveau admise à Ravenel pour manie aiguë caractérisée par : de la volubilité, de la logorrhée, des crises de larmes alternant avec des fou-rires, des jeux de mots. L'attention est très dispersée, les propos décousus avec parfois une légère teinte mystique ou érotique. La malade se conduit dans le service comme un véritable pitre, amusant ses compagnes et leur racontant des détails parfois piquants de sa vie privée.

Le mari étant opposé à la sismothérapie, on commence le traitement par des perfusions intra-veineuses de Largactil-Phénergan. Au bout de 7 jours l'accès maniaque cède mais il persiste un état de subexcitation avec parfois des sautes d'humeur. La cure de neuroleptiques est continuée encore pendant un mois environ à raison de 300 gouttes de Largactil per os et de 150 gouttes de Nozinan.

La malade quitte le service le 16 novembre 1963 avec les mêmes doses de médicaments car les intervalles libres entre les accès sont de courte durée.

En résumé, il s'agit d'un accès maniaque typique guéri en un mois et demi environ par une association de neuroleptiques.

Le cas suivant est encore plus démonstratif.

OBS. 2. — Mme T... Lucie, née en 1907, est une brave paysanne obèse et toujours hypertendue. Elle est mariée et mère de six enfants. Dans ses antécédents, il faut signaler une tante maternelle internée dans un hôpital psychiatrique et des « crises de nerf » à chaque menstruation depuis l'âge de 10 ans.

Elle est hospitalisée à Ravenel le 22 décembre 1961 pour la troisième fois et toujours pour le même accès maniaque avec jovialité, volubilité, chants, danses, récitation de poésies apprises dans l'enfance. Elle exprime aussi des idées délirantes vagues à thème de jalousie et de malveillance.

Dans le service, elle se comporte comme une véritable furie, crachant sur les infirmières et essayant de les mordre.

Au cours de ses trois hospitalisations elle n'a été traitée qu'avec des neuroleptiques car son hypertension interdisait toute thérapeutique de choc. Voyons cela en détail :

La première hospitalisation a duré à peu près trois mois (18-2-1960 au 2-6-1960) : elle est soignée avec du Largactil et du N-Oblivon 300.

La deuxième hospitalisation a été de 3 mois et 2 jours (11-3-1961 au 17-6-1961) : l'accès a cédé cette fois-ci à une association d'Halo-péridol, Largactil et Témentil.

La troisième et dernière hospitalisation a duré deux mois : Mme T... a guéri à la suite d'une cure de Largactil-Dominal et Nozinan. Elle a quitté le service le 20 janvier 1962 avec un traitement ambulatoire à base de Nozinan.

En résumé, il s'agit d'un accès maniaque à répétition qui a nécessité à chaque fois 2 à 3 mois de traitement neuroleptique pour céder.

Les deux observations que nous venons de citer donnent raison aux champions de la chimiothérapie. Cependant elles mettent en relief le temps parfois très long qu'il faut aux médicaments pour guérir le malade. C'est le grand reproche qu'on peut leur faire.

— D'autres psychiatres, et ce sont les plus nombreux, *préconisent l'association électrochoc-chimiothérapie*, mais avec de nombreuses nuances, selon qu'ils donnent la priorité à l'une ou l'autre de ces deux méthodes thérapeutiques.

EX et ses collaborateurs écrivent : « Les électrochocs ont une action faible ou inconstante sur l'accès maniaque. Pour les rendre plus efficaces, on a proposé de les rapprocher en administrant deux à trois séances par jour. En fait les E.C. sont moins utilisés depuis l'emploi des neuroleptiques; ils sont cependant encore indiqués après quelques jours de sédation médicamenteuse. Souvent le malade réagit favorablement et rapidement à quelques séances qui mettent un terme à sa crise de manie. » DELAY et DENIKER sont du même avis mais seulement « chez les sujets fragiles, âgés ou tarés » qui ne supporteraient pas de doses fortes de neuroleptiques puissants. Même son de cloche de la part de Bruno RIBOLI (psychiatre italien) et du Professeur DELMAS-MARSALET qui a écrit, dans sa réponse à notre questionnaire : « ...les accès maniaques semblent parfois guérir uniquement par la chimiothérapie. Mais, lorsque cette éventualité n'est pas réalisée rapidement, l'électrochoc devient la médication d'appoint ».

OBS. 3. — Mme MALC... Gabrielle, 55 ans, est admise à Ravenel le 25 avril 1962 pour la septième fois, en plein état d'excitation psychomotrice de type maniaque: logorrhée, fuite des idées, familiarité, grossièretés et quelques vagues idées délirantes à thème de malveillance avec hallucinations auditives probables : « Les gens se moquent de moi... mon mari a une petite amie à Corre; je les ai surpris avec mon chien policier, il a failli me tuer... les gens m'appellent folle parce que je sais parler toutes les langues ».

Et le chinois ? « Oui, je sais parler croate mais il faut que je sois dehors pour appeler les corbeaux : couah! couah!... »

La malade est mariée depuis l'âge de 22 ans; elle a une seule fille. Dans ses antécédents, il faut signaler une enfance assez perturbée car son père est mort jeune en laissant sa mère enceinte avec 6 enfants sur les bras.

Le premier accès maniaque a commencé le 8 novembre 1952 à la suite d'une bronchite et depuis cette date les rechutes se sont succédées en 1956, 1957, 1958, 1959, 1961 et finalement le 25 avril 1962. Ces accès surviennent toujours au décours d'un accident infectieux et ont été soignés à chaque fois de la même façon.

Dès le 25 avril 1962, elle reçoit des injections de neuroleptiques majeurs: Dominal Fort et Halopéridol. Elle se calme un peu mais reste encore assez grossière et turbulente pour perturber l'atmosphère du service. C'est ainsi qu'à partir du 6 mai 1962, elle subit trois séances de sismothérapie, à deux jours d'intervalle. Dès le deuxième électrochoc, Mme MALC... est très calme et son excitation a disparu. Un traitement d'entretien à base d'Halopéridol en gouttes et de Dominal en comprimés consolide cette guérison. Sa sortie est cependant remise au 17 juin 1962 à cause d'une affection pulmonaire intercurrente.

En bref, il s'agit d'un accès maniaque calmé légèrement par des neuroleptiques et guéri complètement par trois séances de sismothérapie.

GAYRAL écrit à propos des malades aigus en général et de l'accès maniaque en particulier : « ...la thérapeutique par les neuroleptiques, quel qu'en soit le mode d'application, a fait la preuve de son inefficacité » et il ajoute : « L'électrochoc reste le traitement spécifique de ces cas pour lesquels les malades et leur famille réclament la liquidation rapide pour reprendre l'activité normale. Il semble d'ailleurs que les neuroleptiques permettent une accélération de la guérison si on les ajoute à l'électrochoc. »

FROMENTY a réuni en 1957 une importante statistique portant sur 600 malades femmes atteintes de psychose maniaco-dépressive. Dans 9 cas, il a pu comptabiliser le nombre des crises et leur durée pendant 14 ans avant et pendant 14 ans après l'emploi de l'électrochoc. Il a alors constaté que si la sismothérapie reste sans effet sur le rythme des accès maniaques, elle réduit leur durée des deux tiers. Ses conclusions rejoignent celles de GAYRAL : « Le résultat ne nous paraît pas négligeable et l'on peut se demander si aucune autre méthode connue en a obtenu d'aussi bons. »

Paul ABELY, de son côté, préconise une méthode originale, à base d'électrochoc, pour réduire les accès maniaques violents. Sa technique se décompose en trois temps :

Premier temps : il fait une injection intra-veineuse d'une ampoule de Maxiton fort; il se produit alors une inversion de l'humeur; l'agitation anxieuse succède rapidement à l'euphorie ou à l'agressivité. On laisse évoluer cet état pendant 5 à 10 minutes, tout en parlant et en essayant de libérer le sujet de ses idées de culpabilité qui l'assaillent alors.

Deuxième temps : on fait l'électrochoc après ce court espace de temps.

Troisième temps : on laisse passer encore 5 à 10 minutes et avant le retour intégral à la conscience, on injecte par la voie intra-musculaire une ampoule de Tétranium.

Les exemples suivants illustreront, tout au moins nous l'espérons, l'opinion des auteurs qui donnent la priorité à la sismothérapie dans le traitement de la manie aiguë.

OBS. 4. — D... Julien, 39 ans, cultivateur taillé en véritable athlète, est admis dans le service le 6 juillet 1959 pour un état d'excitation maniaque furieuse. Tantôt jovial, tantôt menaçant, il est très à l'aise partout: il pénètre dans le bureau du médecin comme en terrain conquis, se vautrant dans un fauteuil et mettant les pieds sur une chaise. Il paraît très satisfait de lui. Son humeur est très variable: il passe facilement du mutisme complet à la véritable explosion de paroles avec menaces à l'entourage et gestes déplacés vis-à-vis des infirmières. Il présente des idées délirantes mobiles et fugaces, tantôt à thème de persécution

(l'instituteur serait franc-maçon et le curé un espion américain chargé de le surveiller), tantôt à thème de grandeur: il a tout compris et tout résolu; il a mis 39 ans pour y arriver mais maintenant il connaît la Vérité. Mystique, il cite l'Evangile de temps à autre et proclame d'une voix solennelle « je dis oui au Bon Dieu qui fait des miracles ».

Extrêmement érotique avec très nette tendance à l'exhibitionnisme, il veut à tout prix se déshabiller « pour montrer qu'il est français », incitant les autres malades à en faire autant; les récalcitrants, et pour cause, sont roués de coups.

Etant donné que D... perturbait le service, on commence tout de suite une série d'électrochocs confusionnels associée à du Largactil injectable et à du Gardénal. Après quelques séances de sismothérapie, le malade se calme rapidement. Ainsi, le 21 juillet 1959, il est lucide, un peu ralenti mais capable de rechercher les causes possibles de ses maux et d'analyser clairement sa situation. Ses seules préoccupations concernent sa ferme et les travaux agricoles qu'il ne peut assurer du fait de son hospitalisation.

La sortie lui est accordée le 5 août 1959. Il est suivi régulièrement en post-cure; à la dernière consultation (fin septembre 1963) il se débat dans une quantité d'ennuis professionnels et familiaux mais ses réactions ne sont pas délirantes.

OBS. 5. — Mme PIER..., Yolande, 29 ans, est hospitalisée à Ravelen le 13 décembre 1962 pour un état d'excitation maniaque.

Ses antécédents sont très chargés : mère déjà soignée dans un hôpital psychiatrique, une tante maternelle s'est suicidée dernièrement, néphrite aiguë sévère (4 g d'urée) en 1959, occlusion par bride après appendicectomie. Après l'opération, on notait quelques troubles psychiques. Elle est mariée à un comptable; elle a un enfant de 18 mois. Les troubles actuels ont commencé le 12 décembre 1962 : en rentrant chez lui dans l'après-midi, son mari la trouve prostrée dans un coin avec son bébé sur les genoux. Puis brusquement dans la soirée elle s'est sauvée de chez elle à demi-vêtue. Après une course échevelée dans les rues de Remiremont, elle va réveiller le concierge de l'hôpital pour lui demander d'ouvrir la porte de la chapelle car elle voulait prier.

A l'entrée, elle présente un état d'excitation maniaque typique avec volubilité, fuite des idées, ludisme, jeux de mots, grossièretés, préoccupations érotiques et mystiques.

Dans le service, elle est intenable et très bruyante malgré les injections de neuroleptiques: elle écrit sur les murs, bouche les serrures avec du papier; chante à tue-tête ou danse presque toute nue au milieu du dortoir.

Dès le deuxième jour, on institue un traitement par électrochocs rapprochés en association avec des injections de Largactil. Dès le cinquième choc, la malade est plus calme, moins exubérante et reste volontiers dans son lit. On remplace alors les injections de Largactil par des gouttes de Nozinan et de Théralène.

Mme PIER... subit en tout 10 séances de sismothérapie. Elle quitte le service le 2 février 1963 complètement guérie de son accès maniaque. Elle est suivie régulièrement en post-cure et à la dernière consultation datant du 26 novembre 1963 son état était jugé très satisfaisant.

OBS. 6. — Il s'agit de THOM... Charles, né le 24 octobre 1926, ouvrier agricole, marié et père de deux enfants. Pas d'antécédents notables.

Depuis 1956, il présente des périodes dépressives et des périodes d'excitation survenant au printemps et en automne. Au mois

d'octobre 1959, il se sentait nerveux, « électrique » et perdit le sommeil. Bientôt il entre en conflit avec son entourage qui voulait l'utiliser comme témoin dans une affaire de divorce et avec le conseil municipal dont il faisait partie. C'est sur ce fond d'instabilité et de tension qu'éclate le premier accès maniaque; il court un peu partout en voiture, collectionnant contravention sur contravention pour infractions au code de la route. Il est hospitalisé à Ravenel le 31 octobre 1959 dans un état d'excitation psycho-motrice typique avec expansivité de l'humeur, logorrhée, fuite des idées, dramatisation (parle de se suicider mais sans velléité de réalisation), moqueries alternant avec l'agressivité verbale.

Il reçoit tout de suite des injections de fortes doses de Largactil mais le médecin-chef note le 1^{er} novembre 1959 : le traitement par Largactil ne semble pas, pour l'instant, avoir produit de gros effets; le malade demeure instable, subexcité, bavard, fatigue les autres, se mêle de tout ce qui ne le regarde pas et crée des difficultés autour de lui. Il a un très grand besoin d'activité physique mais sans efficacité; l'humeur reste changeante, des périodes d'exaltation alternant avec des périodes de récrimination.

Une série de 9 électrochocs est commencée le 20 novembre 1959 après les investigations cliniques d'usage. Elle est terminée le 5 décembre 1959 et à partir de cette date on note une très grosse amélioration qui amène la sortie du malade le 30 janvier 1960..

Rechute le 29 août 1961 après abandon des médicaments. Cette fois-ci, il est soumis d'emblée à une série de 10 E.C. qu'on associe à de petites doses de Largactil per os. La guérison est plus rapide car le malade quitte le service le 30 septembre 1961, soit seulement un mois après le début de l'hospitalisation.

Il a été vu en post-cure pour la dernière fois le 24 octobre 1963; il ne prend plus de médicaments mais son état semble très bien stabilisé.

Les trois observations que nous venons de voir montrent que dans les cas où le comportement du maniaque perturbe l'atmosphère du service, où son expansivité risque de tourner à l'agressivité, l'emploi de l'électrochoc comme thérapeutique prioritaire amène rapidement le calme et la sédation des troubles.

La technique de la sismothérapie joue un grand rôle ici. DELMAS-MARSALET, cité par GÉRARDIN, a écrit à ce sujet : « La plus grande résistance de la manie à l'électrochoc est un fait connu de tous, mais il est réel que la technique accumulative diminue le nombre de nos échecs. »

GÉRARDIN, après avoir comparé les effets de l'électrochochothérapie simple et ceux de la méthode intensive de BINI chez plusieurs groupes de cyclothymiques, conclut à l'efficacité de cette dernière et déclare à propos du rythme des séances, « ce qui compte, c'est un rythme de cure accéléré et un nombre de séances assez élevé. C'est l'électrochoc « intensif » qui est de rigueur, qu'il soit ou non confusionnel. »

Avant de clore ce paragraphe sur la manie aiguë, revenons si vous le voulez bien sur l'électrochoc prophylactique, qui a pour but de prévenir le retour des accès maniaque-dépressifs. A la suite de STEVENSON et GEOCHEGAN, DUCHÊNE et PAUMELLE conseillent cette pratique qui consiste à faire un électrochoc par mois aux maniaques pour leur éviter la rechute.

Ils écrivent : « Nous ne saurions trop insister, en effet, sur l'économie d'hospitalisation que permet la pratique des électrochocs ambulatoires au dispensaire... ». Paul ABELY est du même avis : « Cette méthode est couramment employée dans mon service aux consultations externes des anciennes malades, chaque mercredi. Elle s'est en effet montrée très utile car, à des intermittents en imminence de rechute, donner des médicaments par voie buccale est pure illusion. » A Ravenel, le docteur MORENON est partisan de cette méthode. Il pense qu'il est un peu gênant de faire un électrochoc chez un sujet apparemment en bonne santé, mais finalement les avantages l'emportent sur les inconvénients.

A côté de la manie aiguë typique, il existe des états d'excitation psycho-motrice que l'on peut qualifier d'isolés, car ils surviennent en général chez des sujets habituellement calmes et sans signes de psychose concomitante. Voyons-les de plus près.

AUTRES ETATS D'AGITATION

Ils sont souvent observés au cours de certaines crises émotives réactionnelles après un deuil, un bombardement, une déception sentimentale et parfois des causes moins importantes chez des sujets prédisposés. Nous en avons quelques exemples.

OBS. 7. — Il s'agit de M. GAL... Henri, 44 ans, marié et père de deux enfants, qui est hospitalisé à Ravenel le 4 avril 1961, pour état d'excitation intellectuelle intense avec des idées mystiques et mégalomaniaques (se prend tour à tour pour de Gaulle ou Napoléon), des réactions caractérielles d'une grande violence dès qu'on l'aborde, une exaltation de l'humeur dans le sens de l'irritabilité et une agitation continuelle avec cris, hurlement, menaces, coups de pied dans les portes et bris de vitres.

Cet état a jeté la consternation dans la famille car le malade est de tempérament doux, timide et très facilement influençable. Cependant il a reçu de nombreux traumatismes psychiques. De parents modestes, il a d'abord été obligé de travailler dur dès l'âge de 14 ans. Puis, pendant la dernière guerre, il a passé 5 ans de captivité dans les camps de concentration allemands et 6 mois en Russie où il a contracté une tuberculose, source de tous les ennuis actuels. En effet, il fait des séjours fréquents dans les sanatoriums et dernièrement il a reçu une lettre de son employeur le reléguant à un emploi insignifiant. C'est à la suite de cette dernière nouvelle que s'est déclaré l'accès actuel. Dans le service, son comportement est déroutant, passant facilement du calme plat à la vraie folie furieuse avec vociférations, grossièretés et agressivité aveugle.

Dès l'entrée, le malade reçoit du Largactil injectable, mais devant la persistance de l'agitation on lui fait deux électrochocs le 8 avril 1961. Dès le lendemain il est calme et pratiquement guéri car il ne présente plus d'accès d'agitation par la suite.

La sortie définitive lui est accordée le 22 avril 1961, soit après 18 jours seulement d'hospitalisation.

Il est suivi en post-cure jusqu'en avril 1962, date à laquelle il est perdu de vue.

OBS. 8. — FLE... Michel, 24 ans, ouvrier d'usine, est admis à Ravenel le 11 juin 1962 pour un état d'excitation intellectuelle et d'agitation psychomotrice consécutives à de gros ennuis financiers.

Le 10 juin 1962, sans crier gare, il est entré dans un accès de fureur, chassant ses parents de la maison à coups de bâton, saccageant son jardin et détruisant tout le matériel qu'il trouvait. Il a fallu aux gendarmes plusieurs heures de ruse et d'effort pour le maîtriser.

Dans le service, il est instable, volubile, euphorique et fanfaron : bombant le torse, il vante sa force physique, se dit capable de véritables exploits athlétiques alors qu'il est amaigri et déshydraté. Il essaie de faire de l'équilibre sur une chaise pour montrer son adresse mais tombe à chaque fois.

Il reçoit d'emblée de fortes doses de Largactil injectable mais, après 4 jours de ce traitement, il est un peu tassé mais continue ses frasques et ses fanfaronnades sur le même ton qu'à l'entrée. Il subit alors une série de 10 E.C. d'abord groupés puis espacés. A la fin de la dernière séance, c'est-à-dire le 1^{er} juillet 1962, il est souriant et détendu. Il quitte le service le 29 juillet 1962 seulement à cause d'une forte angine qui a failli amener une rechute. Un traitement au Melleril l'a fait éviter de justesse.

Si les deux observations précédentes montrent qu'il y a des accès d'agitation psychomotrice consécutifs à des difficultés matérielles, l'exemple suivant leur trouve une autre cause.

OBS. 9. — BAL... Aimé, 24 ans, cultivateur, célibataire, est hospitalisé à Ravenel le 16 avril 1960. Ce garçon présente au décours d'une amygdalite aiguë bilatérale traitée par antibiotiques et cortisone, un accès d'excitation intellectuelle et psychomotrice avec agitation intense, jovialité de l'humeur, auto-satisfaction, logorrhée intarissable mais cohérente, conscience des troubles psychiques. A l'origine de ces troubles, en dehors de l'état infectieux, on peut incriminer un certain surmenage et vraisemblablement aussi un traumatisme affectif subi par le malade pendant son service militaire en Algérie. De nombreuses réminiscences portant sur cette période apparaissent en effet dans son verbiage : il aurait participé à plusieurs combats, tué 8 combattants algériens...

Dans le service, la même agitation continue ; il se met fréquemment dans la position des boxeurs, clamant qu'aucun adversaire ne peut lui résister car son poing droit pèse 60 kgs et le gauche 40 kgs, écrit de nombreuses lettres, se déshabille, remue sa literie, etc...

On commence tout de suite chez lui un traitement par Largactil injectable mais la sédation de l'agitation n'est que partielle.

Le 29 avril 1960, on commence une série de 10 électrochocs qui vont durer jusqu'au 24 mai 1960. A partir de la cinquième séance, l'humeur du malade se normalise, les idées extravagantes s'estompent et le comportement se régularise. A sa sortie, le 4 juin 1960, l'état mental est satisfaisant mais nécessite une surveillance post-cure prolongée. Celle-ci s'arrête en janvier 1961 car elle n'était plus nécessaire.

En résumé, il s'agit d'un accès d'agitation psychomotrice post-infectieux guéri par l'association Largactil-sismothérapie.

Les syndromes d'excitation semblent, d'après ce que nous venons de voir, répondre favorablement aussi bien à la chimiothérapie qu'à l'électrochoc, mais c'est l'association de ces deux thérapeutiques qui

compte le plus de succès à son actif. Cependant la découverte de médicaments de plus en plus puissants, comme le prochlorpémazine (Tementil), la thiopropérazine (Majeptil), les butyrophénones (Halo-péridol et Sedalande) peut légitimement faire pencher la balance du côté de la chimiothérapie, sans pour autant reléguer la sismothérapie au domaine des curiosités. Le problème n'est plus le même lorsqu'on se penche sur les cas où l'humeur des malades, au lieu d'être exaltée, est plutôt déprimée.

SYNDROMES DÉPRESSIFS

En dépit des progrès remarquables accomplis par la psychopharmacologie en matière de médicaments antidépresseurs, la plupart des auteurs sont tombés d'accord, au cours des confrontations les plus récentes, qu'il était encore impossible de se passer entièrement de l'électrochoc pour le traitement des états dépressifs. Cependant on doit admettre que nombre de cas autrefois justiciables des méthodes de choc peuvent être aujourd'hui traités par la seule chimiothérapie. Il est en effet admis que dans les cas de dépression simple, de dépression asthénique ou névrotique, le recours à l'électrochoc est rarement envisagé et les nouveaux antidépresseurs apparaissent souvent comme très supérieurs aux médicaments sédatifs et tranquillisants. Il se pose donc un problème de priorité de moyen à employer dans un syndrome dépressif. C'est finalement la gravité du tableau qui conditionne le choix des armes.

DEPRESSION MODEREE

La plupart des auteurs conseillent l'emploi de médicaments et nous avons vu dans le chapitre précédent que le psychiatre possède deux grands types de drogues antidépressives : ce sont les dérivés de l'imino-dibenzyle (tofranil, surmontil et laroxyl) et les inhibiteurs de la mono-amino-oxydase.

Nous avons trouvé facilement quelques observations de malades soignés uniquement par des antidépresseurs. Parcourons-les ensemble.

OBS. 10. — LAR... Marcel, 42 ans, est hospitalisé dans un service libre de Ravenel le 20 janvier 1964 pour un syndrome dépressif typique caractérisé par une asthénie intense, de l'insomnie, de l'anorexie, du pessimisme, un sentiment d'incapacité et un repliement sur soi-même.

Le malade, marié et père de 6 enfants, a toujours été un anxieux, un inquiet, un scrupuleux. Il est facilement désarçonné par les difficultés de l'existence et à chaque changement dans sa profession de Receveur des P.T.T., il est affolé. En plus, sa femme lui reproche toujours ses maternités qui se sont succédées à raison d'une par an.

C'est sur un fond d'inquiétude perpétuelle que survient, ces derniers mois, une nouvelle mutation : LAR... se trouve brus-

quement à la tête d'une petite poste à faire marcher et c'est ce qui a déclenché l'épisode dépressif actuel.

Les examens habituels sont négatifs.

Le traitement mis en œuvre dès l'entrée associe : 3 comprimés de Laroxyl, 125 gouttes de Melleril et 2 dragées d'N.Oblivon 300.

Au bout d'une semaine, le malade a complètement retrouvé l'appétit et le sommeil. A sa sortie de l'hôpital, le 22 février 1964, il est plutôt confiant en lui et son humeur est plutôt euphorique.

Nous manquons de recul pour juger les résultats lointains mais nous pouvons dire que cet accès dépressif a facilement cédé au Laroxyl associé à des tranquillisants.

OBS. 11. — Mme PER... Françoise, âgée de 30 ans, est admise dans le service le 3 septembre 1963 pour un accès dépressif réactionnel à des préoccupations affectives. Elle a deux enfants (7 et 5 ans) et elle est divorcée: son ex-mari la trompait, faisait des dépenses exagérées et ne s'occupait plus de son ménage. Après le divorce, la malade s'est éprise d'un jeune militaire et l'accompagne partout, même en Algérie. Ils étaient officiellement fiancés et devaient se marier au mois de décembre 1963. Brusquement le fiancé décide de rompre et il le fait en termes assez brutaux le 1^{er} septembre 1963. Mme PIER... essaie de surmonter son chagrin mais en vain et elle sombre dans la dépression : anorexie, insomnie, pleurs incessants et même ébauche de suicide par section des veines du poignet.

A l'entrée, elle est anéantie, découragée, n'ayant du goût pour rien et semblant en proie à une profonde tristesse. Un traitement associant Surmontil et Théralène est tout de suite mis en œuvre. Les phénomènes dépressifs s'estompent peu à peu pour disparaître complètement le 18 septembre 1963. La malade quitte le service le 20 septembre 1963 avec une humeur stable.

Les médications anti-dépressives guérissent donc la plupart des accès dépressifs modérés. Il arrive cependant que, dans quelques cas, le malade, bien qu'amélioré, n'arrive pas à sortir complètement de sa dépression. De nombreux auteurs sont alors d'accord pour employer l'électrochoc.

Ey écrit à ce sujet : « Tout en maintenant les anti-dépressifs, on administre alors quelques électrochocs, rarement plus de deux ou trois, qui « liquident » les reliquats de la dépression. Cette méthode a l'avantage supplémentaire de donner toute leur chance aux médicaments et de comporter le minimum de troubles de mémoire puisque les chocs sont très réduits en nombre. »

Voici le cas d'une malade chez laquelle on a eu recours à la sismothérapie pour consolider la guérison obtenue par les médicaments.

OBS. 12. — Mme MILL... Simone, 36 ans, est admise à Ravenel le 22 octobre 1963 pour un état dépressif à structure névrotique consécutif à un accouchement pénible survenu le 11 septembre 1963. L'état physique est déficient, la tension basse avec lipothymies fréquentes.

Fille unique, la malade, de nature gaie, a été très choyée par sa mère. Elle a grandi dans une atmosphère familiale paisible et sans difficultés. A l'âge de 21 ans, elle fait cependant un accès dépressif identique à celui qu'elle présente actuellement; une série de 9 E.C. espacés avait amené la sédation totale des troubles.

Depuis cette date, aucun problème: elle se marie en 1955 et mène une vie sans histoires. L'accord conjugal complet est consolidé par la naissance de trois garçons et d'une fille. Depuis son dernier et fort pénible accouchement, Mme MILL... se plaint de douleurs mal localisées, d'insomnie et d'anorexie. Rien que la vue des aliments lui donnait des nausées et il s'en est suivi un amaigrissement considérable. Ses nuits sont peuplées de cauchemars effrayants. Elle néglige ses enfants, reste allongée à longueur de journée et présente de vagues idées de suicide sans passage à l'acte.

Le traitement entrepris comprend, en dehors des médications tonifiantes, une association de Laroxyl et de Théralène. La malade, geignarde à l'entrée, s'améliore peu à peu; le sommeil et l'appétit reviennent et le 30 octobre 1963 la sortie est envisagée. Malheureusement Mme MILL... devant la perspective de retourner chez elle, est au bord de la rechute. Une série de 4 électrochocs espacés amène la guérison totale.

Elle quitte le service le 19 décembre 1963 presque euphorique et avec un regain de poids de 12 kgs.

Le traitement des dépressions simples répond donc au schéma thérapeutique que nous venons de tracer. Il est bien résumé par ces paroles de DENIKER : « ...dans les cas modérés où la souffrance des malades est moindre, il est loisible d'instaurer d'abord une chimiothérapie, quitte à recourir à l'électrochoc en seconde intention pour compléter une amélioration insuffisante ou qui tarde à se faire jour ». Le problème n'est plus le même lorsqu'il s'agit des états mélancoliques.

DEPRESSION MELANCOLIQUE

Nous avons déjà dit que la majorité des auteurs conseillaient l'emploi de la sismothérapie dans la mélancolie. Cependant il existe encore quelques psychiatres fidèles à la chimiothérapie avant tout, malgré la gravité du tableau. D'autres, tout en considérant l'électrochoc comme la meilleure thérapeutique des accès mélancoliques, répugnent à l'utiliser d'emblée et emploient d'abord des thymoanaleptiques puissants. Ecoutons-les parler.

FOUKS déclare dans sa réponse à notre questionnaire : « La chimiothérapie est le traitement de choix dans toutes les psychoses, en particulier des psychoses dépressives, même les plus graves. »

STECK et ses collaborateurs renchérissent : « L'introduction du Tofranil en thérapeutique nous a permis d'abandonner l'électrochoc dans le traitement de la mélancolie. »

PASQUET, LANGLOIS et VERCEL sont plus nuancés : « Malgré la variété des médicaments neuroleptiques et orthothymiques mis chaque jour plus nombreux à la disposition du psychiatre, il nous semble que la convulsivothérapie demeure encore le meilleur traitement des états dépressifs mélancoliques. Néanmoins, en raison des contre-indications et des aléas de l'électrochoc, même administré sous narcose et curare, de ses échecs et aussi de la réticence des malades et de leur entourage à l'égard de cette thérapeutique agressive, il nous a paru

intéressant, après plusieurs années d'expérimentation déjà due aux psychiatres suisses, de faire confiance au Tofranil. »

DECHAUME et GUYOTAT limitent l'action de l'imipramine à certaines formes de la mélancolie en disant : « Si, comme on l'a vu, l'imipramine ne peut remplacer dans tous les cas l'électrochoc, son action dans les innombrables formes mineures que l'on rencontre en pratique courante et qui ne cédaient autrefois qu'à l'électrochoc, est tout à fait remarquable. »

Les observations suivantes correspondent à peu près à toutes ces opinions.

OBS. 13. — Mme VAL... Irène, 43 ans, est admise dans le service le 25 septembre 1963 pour accès mélancolique de la ménopause avec prostration, anxiété, douleur morale intense, interprétations délirantes à thèmes d'auto-accusation et de malveillance, idées de suicide à caractère obsédant (tentatives répétées). Elle a toujours été de tempérament nerveux et très coléreux. Depuis l'âge de 13 ans, date à laquelle elle a terminé sa scolarité, elle travaille dans la culture avec ses parents jusqu'en 1948. Elle se marie cette année-là avec un ouvrier de scierie. L'entente conjugale est d'emblée très bonne et rien ne vient la troubler; elle est au contraire consolidée par la naissance de trois enfants, âgés actuellement de 15, 12 et 8 ans.

Ménopause précoce à l'âge de 37 ans.

Depuis le 15 août 1963, installation progressive d'un état dépressif avec méfiance à l'égard de son entourage: elle croit que ses enfants et son mari lui en veulent, qu'elle les rend malheureux par son mauvais caractère et qu'ils ne l'aiment plus; impression d'être devenue inutile, crises de larmes fréquentes, perte de l'appétit et du sommeil; idée d'infamie parce qu'elle a trompé son mari avec un voisin... Ce qui est plus grave, c'est qu'elle fait plusieurs tentatives de suicide; sa famille est obligée de la surveiller constamment car la malade veut sans cesse s'enfuir pour se supprimer.

Cet état constitue une très bonne indication de la sismothérapie mais elle fut contre-indiquée par le cardiologue. On institua alors une cure classique de Tofranil associée à du Théralène et à du Procalmadiol. L'amélioration est longue à venir mais finalement Mme VAL... quitte le service le 9 novembre 1963 complètement guérie. Elle doit continuer la même thérapeutique à petites doses chez elle.

OBS. 14. — Mme PIAZ... Carmeline, 49 ans, est atteinte d'un accès mélancolique avec expression d'idées délirantes floues, mal systématisées, à mécanisme hallucinatoire. Cet état survient à la période ménopausique à la suite de difficultés familiales et de surmenage professionnel.

De tempérament mou et taciturne, la malade n'aimait pas travailler. Cependant elle a eu jusqu'à son hospitalisation une existence assez pénible, marquée par de nombreux traumatismes affectifs. Issue d'une famille de 11 frères et sœurs, elle a commencé à travailler dans une usine dès l'âge de 12 ans, se marie à 25 ans mais son mari l'abandonne au bout de 5 années de mariage, la laissant avec deux enfants sur les bras. Depuis 1948, elle vit en concubinage avec un ouvrier de maçonnerie nord-africain: le ménage semble être heureux.

Les troubles actuels ont débuté au début du mois de septembre 1963 : à la suite de surmenage à l'usine Mme PIAZ... se replie de plus en plus sur elle-même, perd le sommeil et l'appétit, se croit persécutée : « on surveillait mes pas ; on marchait au-dessus de moi. » Elle remarque qu'on déplace les objets chez elle, des odeurs suspectes. Sa fille lui semble être le point de mire de malveillance, des idées de « traite des blanches » la hantent et le 13 septembre 1963, elle se rend dans une gendarmerie pour demander protection. Elle est hospitalisée le jour même à Ravenel.

Une thérapeutique anti-dépressive et neuroleptique est vite instituée ; une cure classique de Tofranil et de Nozinan améliore rapidement la malade et à sa sortie, le 5 octobre 1963, l'humeur était stable et le comportement normal. Un traitement ambulatoire avec les mêmes médicaments a consolidé cette guérison car à la consultation de post-cure du 17 mars 1964, Mme PIAZ... considère son accès mélancolique comme un mauvais souvenir.

Nous voyons donc que la chimiothérapie seule peut guérir des accès mélancoliques même très graves. *Cependant un grand danger menace ces malades.* EY l'expose ainsi : « Les antidépresseurs ne manifestent généralement leur action favorable qu'après un délai d'une à deux semaines. Ce n'est donc pas avant la fin de la troisième semaine que l'on pourra reconnaître l'échec du médicament. Ce délai fait courir au malade un risque de suicide qui ne peut être prévenu que par une surveillance vigilante jusqu'à l'effet du traitement. »

LAMBERT et ses collaborateurs sont du même avis : « Un risque de rechute et de suicide reste attaché aux traitements chimiothérapiques de la mélancolie. Ces moyens thérapeutiques nouveaux, préférables à l'électrochoc sur le plan humain, mais peut-être moins sûrs, exigent l'hospitalisation des malades et leur surveillance attentive par des psychiatres avertis. »

FOUKS, dans sa réponse à notre questionnaire, s'élève avec véhémence contre ces affirmations : « Certains ont prétendu que le risque était plus grand avec la chimiothérapie. Si je m'en réfère à ma pratique, c'est une erreur grave car j'ai connu autant de suicides après sismothérapie qu'après chimiothérapie et si le risque de suicide est peut-être un peu plus grand avec la chimiothérapie, deux facteurs en sont la cause :

1° La chimiothérapie doit être maniée par un médecin spécialiste et compétent, et ne saurait être laissée au bon usage de n'importe quel praticien. L'utilisation est indiquée dans tous les cas graves, la question des associations et des doses est extrêmement importante. Je ne saurais trop insister sur les drames provoqués par le Tofranil à trop fortes doses. C'est là une notion sur laquelle je me retrouve avec mon maître BARUK et que nous défendons depuis le début de l'imipramine.

2° Le nombre des suicides est peut-être augmenté dans les cas de la chimiothérapie parce qu'elle a un pouvoir thérapeutique supérieur à l'électrochoc et qu'elle arrive à guérir ou à décaper nombre de mélancolies, en particulier mélancolies chroniques et d'involution, qui restaient autrefois des piliers d'asile. Le suicide reste à craindre, soit à la période de convalescence, notion classique, soit en cas d'indocilité

du malade avec arrêt de la thérapeutique et rechute subite. Les risques sont d'autant plus à craindre que malgré tous les conseils et tous les avertissements aux familles, l'expérience prouve que celles-ci n'y comprennent rien et sont incapables de surveiller leur malade, tant en ce qui concerne l'administration de leur traitement, qu'en ce qui concerne le dépistage d'une rechute. »

Nous vous soumettons l'observation suivante, qui prouve que l'on n'est jamais assez méfiant vis-à-vis des mélancoliques.

OBS. 15. — V... Pierre, 38 ans, est admis à Ravenel le 2 mars 1959 pour troubles dépressifs et anxieux à caractère subaigu avec idées d'indignité et d'auto-accusation. Plusieurs accidents exhibitionnistes seraient à l'origine de cet état. Avant son admission, le malade aurait présenté plusieurs fugues avec tentatives de suicide.

C'est un ébéniste, marié depuis 1951 et père d'un enfant de 4 ans. Il a fait plusieurs séjours antérieurs dans des hôpitaux psychiatriques, toujours pour les mêmes troubles : à la Salpêtrière en 1957 et à Maréville en 1959. Pendant ces deux dernières hospitalisations, il a été soigné par des neuroleptiques et des électrochocs mais à chaque fois la rechute est immédiate.

À l'entrée, c'est un malade au visage sombre qui exécute comme un automate tout ce qu'on lui demande de faire en marmonnant sans arrêt : « ...laissez-moi, je suis un homme répugnant... j'ai fait des choses répugnantes... il est temps que je disparaisse... ma femme est bien malheureuse d'avoir comme mari un pauvre type comme moi. »

Le traitement débute par une association de Tofranil et de Largactil. L'état mental s'améliore au bout de plusieurs jours mais on n'arrive pas à enlever au malade ses idées d'indignité et d'auto-accusation. À partir du 11 avril 1959, on fait une série de 5 électrochocs qui amènent une guérison rapide. Malheureusement, le 29 mai 1959, au cours d'une sortie en groupe des malades du service, V... profite d'un petit moment d'inattention des infirmiers pour disparaître dans la nature. Malgré la rapidité des recherches, il ne fut pas rattrapé et le lendemain, des passants découvrirent son corps flottant entre deux eaux dans le lac de la Folie à Contrexéville.

De nombreux psychiatres préconisent l'association *électrochoc-chimiothérapie* dans les états mélancoliques, mais une question de priorité les sépare.

— FOUKS, par ailleurs adversaire acharné de toutes les thérapeutiques de choc, nous écrit : « Il est certain que, dans un certain nombre de cas, la chimiothérapie, par laquelle je commence toujours et qui me donne 80 % de bons résultats, s'avère insuffisante. Il convient alors de revenir à la sismothérapie en remarquant qu'une série de deux à trois chocs suffit pour décapager les troubles dépressifs en provoquant parfois un léger épisode confusionnel. Il convient cependant d'ajouter que ce décapage ne persiste que si l'on prend la précaution de continuer la chimiothérapie. »

Pour illustrer cette opinion, nous disposons d'une observation où l'électrochoc a été utilisé comme « ultima ratio » (FOUKS) et où l'on

peut dire sans exagérer qu'il a sauvé la vie de la malade. Jugez-en vous-même.

OBS. 16. — Mme V... Anna, 73 ans, est admise à Ravenel le 20 janvier 1961 dans un état cachectique. Voici le certificat des 24 heures établi par le Médecin-Chef : « Présente sur un fonds de déficit intellectuel sénile modéré, un état mélancolique avec : inquiétude, pleurs, idées d'incurabilité, craintes multiples concernant l'avenir, nombreuses hallucinations et fausses reconnaissances, quelques troubles mnésiques portant sur la mémoire d'évocation des faits récents et sur la fixation. »

Mme V... a été élevée par ses parents dans une très bonne ambiance familiale. Elle a eu donc une enfance et une adolescence heureuses.

Elle se marie une première fois en 1906, à l'âge de 18 ans, mais son mari est tué en 1915, lui laissant deux filles âgées actuellement de 53 et 47 ans.

En 1921, second mariage mais le mari est emporté en 1930 par une crise cardiaque. C'est depuis ce jour-là qu'apparaissent progressivement les troubles psychiques ; la malade s'isole chez elle, fuit toutes ses connaissances, prend des chemins détournés et peu fréquentés pour sortir. Cet épisode apparemment dépressif a guéri spontanément.

Depuis 1960, elle vit à Suriauville chez sa fille institutrice. Elle ne se plaît absolument pas dans ce village : elle ne quitte jamais le domicile de sa fille et ne parle à personne. De plus, elle présente quelques troubles psychiques : dramatise tout, croit qu'on va l'emmener en prison, veut mourir mais sans passer à l'acte.

Quelques jours avant son admission à Ravenel, elle a décréé qu'elle était atteinte d'une affection œsophagienne, d'où refus absolu de toute alimentation. Elle vomit immédiatement tout ce qu'on lui fait ingurgiter, même les liquides.

C'est ainsi qu'à l'entrée dans le service, elle était dans un état pré-cachectique et faisait preuve d'une opposition irréductible à tous les soins, même les plus élémentaires. Toutes les investigations biologiques et radiologiques s'avèrent négatives.

Une cure de Tofranil associé à du Nozinan fut immédiatement entreprise mais après plusieurs jours de ce traitement, la malade est toujours dans le même état d'opposition aux soins et à l'alimentation. L'état général continue à périliter et, le 15 mars 1961, il est alarmant. Malgré l'énormité du risque on commence une série de chocs le 16 mars : un électrochoc tous les jours. Au bout de la troisième séance, revirement extraordinaire de la malade : elle demande spontanément son petit déjeuner, chose qu'elle n'a pas faite depuis plusieurs mois. Après la sixième et dernière séance, Mme V... est détendue, calme, fait sa toilette toute seule et mange très bien. Elle quitte le service le 27 juin 1961 complètement transformée.

Elle est revue pour la dernière fois en post-cure le 26 octobre 1962 : la guérison se poursuit et bien que restant toujours un peu déprimée, Mme V... jouit d'un bon état physique et d'un bon sommeil.

— Les auteurs qui prônent la priorité de l'électrochoc dans les états mélancoliques ne se comptent plus.

DENIKER affirme : « Dans la mélancolie, il reste indiqué de faire appel d'abord à l'électrochothérapie comme on le faisait avant l'introduction des neuroleptiques. En présence de cas typique, tout retard

apporté à l'institution des chocs est une erreur. Quelle que soit la répugnance du public et de certains psychiatres vis-à-vis de l'électrochoc, il faut savoir affirmer qu'il reste indispensable. »

EX est du même avis : « Les méthodes de choc, et plus spécialement l'électrochoc demeurent encore, après vingt ans d'emploi, le traitement le plus généralement appliqué aux accès mélancoliques graves. »

UEBERSCHLAG a résumé ainsi pour nous les opinions des médecins de l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan : « Actuellement nous pensons que dans les dépressions et surtout dans les dépressions endogènes, non seulement l'électrochoc rend des services irremplaçables, mais que la chimiothérapie seule n'arrive jamais à les guérir. Pratiquement, tout cas de dépression nécessite tôt ou tard une série d'électrochocs. »

Le professeur DELMAS-MARSALET est contre la chimiothérapie dans les accès mélancoliques. Voici ce qu'il nous a écrit : « L'électrochoc, à mon avis, reste la médication la plus efficace des états mélancoliques, anxieux ou non.

« J'ai revu à de multiples reprises des malades atteints de mélancolie périodique qui avaient été soignés avant l'heure de l'électrochoc par des médications banales, puis par l'électrochoc seul, puis par des neuroleptiques seuls et enfin par des électrochocs qui suivaient l'échec des traitements neuroleptiques antérieurs.

« Les conclusions que je tire sont les suivantes :

« 1° Les malades qui avaient guéri de leurs accès mélancoliques sans rechute grave, au moyen de 6 électrochocs, ne sont pas guéris mais parfois aggravés après des mois d'imprégnation par les neuroleptiques.

« 2° Lorsqu'on est amené à faire des électrochocs chez de tels malades (bourrés de neuroleptiques) ce ne sont plus 6 électrochocs qu'il faut faire, mais de 12 à 15.

« Il semble donc qu'une imprégnation préalable par les neuroleptiques fasse perdre aux électrochocs une partie de leur activité. Ceci est à rapprocher du fait bien connu que les électrochocs sous narcose sont moins efficaces que les électrochocs simples et que leur nombre doit être augmenté lorsqu'on les fait sous narcose. »

Terminons cette revue d'opinions par cette question de Paul ABELY : « A-t-on consciencieusement le droit de prolonger une atroce douleur morale par un traitement chimique à plus ou moins longue action, alors qu'il suffirait de quelques séances d'électrochocs pour la dissiper? »

Les observations suivantes permettent de répondre à cette question.

OBS. 17. — M. L... Marcel, 56 ans, marié et père d'un fils de 35 ans, travaille dans les usines de tissage depuis l'âge de 14 ans. Ouvrier consciencieux et estimé de tous il gravit vite les échelons et, en 1961, il est contremaître-chef. Sa femme travaille dans le

même établissement que lui. On ne note aucun antécédent psychiatrique dans la famille. Le foyer est très uni et les perspectives d'avenir sont excellentes.

Brusquement la direction de l'usine décide, en mars 1961, de diminuer son personnel : Mme L... est licenciée. Le malade fait alors un petit accès dépressif facilement jugulé par quelques thérapeutiques mineures mais, à partir de ce moment, il devient inquiet, facilement irritable et très coléreux.

Au cours du mois de juin 1961, il est à son tour victime d'une nouvelle compression du personnel de l'usine : il est licencié. Ce fut le coup de grâce. M. L... sombre dans la mélancolie après quelques jours d'insomnie avec ruminations morbides, d'anorexie et de grande instabilité. Il est hospitalisé à Ravenel le 25 juillet 1961 pour un état de mélancolie anxieuse avec idées d'auto-accusation, d'indignité, de culpabilité, de négation d'organes. A l'entrée, il donne l'impression d'une véritable loque, sans aucun ressort. Laissons-le parler avec une voix monotone, entrecoupée de profonds soupirs : « ...Vous ne connaissez pas ma situation : ce n'est que du mal, on ne m'a pas reproché, mais j'ai tout sur la conscience en ce moment. J'ai fait beaucoup de mal et tout le monde sera ruiné par ma faute... croyez-moi, docteur, je ne suis pas un homme, je suis encore moins qu'une bête, je suis bon à être massacré... non, ça ne peut pas s'arranger, je suis harcelé par les choses, j'aurais mieux fait d'en finir... je n'ai plus de mémoire, je n'ai plus de cerveau... ». Toutes ces idées reviennent comme un leit-motiv dans la bouche du malade et sa souffrance morale semble être atroce.

Le traitement est d'emblée énergique et comprend une série de 8 électrochocs associée à du Procalmadiol. Après la dernière séance de sismothérapie, le malade est détendu, dort mieux et s'alimente régulièrement. Il quitte le service le 26 août 1961. La dernière consultation de post-cure date du 19 décembre 1963 : état satisfaisant.

OBS. 19. — Il s'agit de Mme A... Huguette, 28 ans, qui est admise dans le service le 18 mai 1960 après une tentative de suicide au Procalmadiol.

Issue d'un père dépeint comme têtue et aimant la chicane et d'une mère à caractère fantasque et instable, la malade fréquente l'école jusqu'à l'âge de 14 ans puis travaille pendant 6 ans dans une usine de tissage. Elle se marie en 1955 avec un ouvrier de la tréfilerie de Conflandey. Selon un rapport fait par une assistante sociale « M. A... Jacques a certainement de grandes qualités. Les personnes qui le connaissent bien le représentent comme un jeune homme très travailleur, économe, vif, prompt parfois mais sans rancune, très bon et très serviable. Par contre, sa femme Huguette est nonchalante, taciturne, boudeuse, rancunière, jalouse, envieuse, dépensière et aimant beaucoup sortir.

« La vie en commun de ces deux personnes si différentes devient de plus en plus intenable. »

Cette vie est encore aggravée par un conflit entre la malade et sa belle-mère chez laquelle le couple habita au début du mariage. Malgré la naissance de deux enfants, la mésentente entre les deux époux continue pour atteindre son paroxysme il y a 4 mois. Après une dispute plus violente que les autres, le mari interdit à sa femme de rendre visite à ses parents. Elle devient alors plus renfermée, anxieuse, insomniaque et anorexique. Son mari lui enlève à ce moment les enfants pour les confier à sa sœur. Ce fut la goutte qui fit déborder le vase : la malade s'écrie alors « puisque je n'ai plus droit à la vie, je vais me fiche sous le

train ». Le soir même, elle avale plusieurs comprimés de Procalmadiol.

A l'entrée, il s'agit bien d'un accès mélancolique réactionnel à des difficultés familiales.

On commence tout de suite une série d'électrochocs jusqu'à la confusion totale. Il a fallu 10 séances de sismothérapie pour y arriver. Ensuite on fait suivre une cure de Témentil.

L'amélioration est très bonne et Mme A... quitte l'hôpital le 18 juin 1960 complètement guérie de son accès mélancolique.

Nous pouvons donc constater que l'électrochoc associé à des tranquillisants est capable de guérir rapidement les états mélancoliques. Certains auteurs cependant conseillent *l'association sismothérapie-Tofranil* dans l'intérêt du malade.

DECHAUME et GUYOTAT écrivent : « Dans les formes graves de la mélancolie qui nécessitent une hospitalisation d'urgence, l'électrochoc reste la thérapeutique la plus efficace, mais l'association avec l'imipramine permet une guérison plus rapide et souvent une réduction du nombre de chocs. »

NAYRAC et ses collaborateurs résument ainsi les travaux qu'ils ont faits chez 105 mélancoliques : « Il est possible d'augmenter les chances de guérison dans un accès mélancolique dans des délais n'excédant pas 5 à 6 semaines, soit en complétant une cure de Tofranil par quelques séances de sismothérapie, soit en associant d'emblée les deux thérapeutiques, soit en prescrivant de petites doses quotidiennes de Tofranil par la bouche chez des sujets âgés qui n'avaient pas bénéficié de façon satisfaisante de 8 à 12 séances de sismothérapie. »

Les exemples d'association bénéfique de la sismothérapie et du Tofranil sont nombreux.

OBS. 19. — M. C... Gilbert, 34 ans, est admis à Ravenel le 10 octobre 1962 dans un état ébriéux consécutif à une tentative de suicide à l'Optalidon.

Le malade, de père éthylique, est de tempérament taciturne, mais à la moindre contrariété, il prend des colères noires et devient brutal. Son épouse signale qu'il a une tendance homosexuelle indiscutable. Il souffrirait fréquemment d'insomnie et de céphalées. L'épisode actuel semble réactionnel à un accident de voiture survenu le 7 septembre 1962 : M. C... fut grièvement blessé ainsi que sa femme et trois autres membres de sa famille. Cela nécessita par la suite des démarches incessantes auprès des compagnies d'assurance, de la police, etc., ainsi que des soucis d'argent. Le malade se fatigue de plus en plus, perd le sommeil et l'appétit, en un mot se trouve au bord de la dépression. L'élément déclenchant fut une grande offensive lancée contre lui par sa femme et ses beaux-parents ; en effet, ceux-ci menacèrent de le dénoncer à la police s'il continuait ses ébats homosexuels. Il fut pris d'une véritable panique et, le 8 octobre, il avala à peu près une vingtaine de dragées d'Optalidon.

A l'entrée, il présente un état mélancolique avec prostration, ralentissement idéo-moteur, persistance des idées de suicide. Il ouvre à peine les yeux pendant l'interrogatoire, répond par monosyllabes et s'oppose énergiquement à tout examen physique.

Devant le danger d'une nouvelle tentative de suicide, il reçoit une série de 6 électrochocs à raison de 1 tous les deux jours, associée à du Largactil injectable. La détente s'amorce alors rapidement. Après la dernière séance de sismothérapie, le Largactil est arrêté et on commence du Tofranil et du Melleril per os. L'amélioration se poursuit et, lorsque le malade quitte le service, le 24 novembre 1962, il est euphorique, s'alimente et dort très bien, ne se souvient plus de sa tentative de suicide. Il continue à prendre du Tofranil et du Melleril en traitement ambulatoire.

Il est toujours suivi en post-cure; à la consultation du 3 décembre 1963, son état mental est très satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'un accès mélancolique grave guéri par l'association sismothérapie-Tofranil: l'électrochoc a permis d'oublier une situation traumatisante et le Tofranil de consolider l'amélioration.

OBS. 20. — Mme T... Marie, 50 ans, cultivatrice, est admise dans le service le 26 août 1962 pour un accès de mélancolie confuse lié à la ménopause.

Aucun antécédent pathologique n'est à remarquer. C'est une bonne mère de famille qui a 5 enfants: le dernier a 5 ans et la malade avait bien accepté cette maternité tardive. Elle est de nature douce et scrupuleuse.

Les troubles mentaux actuels semblent avoir coïncidé avec le début de la ménopause: ses règles sont devenues irrégulières depuis quelques mois; en même temps, Mme T... perd le sommeil, devient méfiante et très irritable, se soucie exagérément de l'opinion publique, dramatise les moindres ennuis de la vie courante. Depuis le 22 août 1962, exacerbation de tous les symptômes: elle est énervée, violente, grossière, martyrise ses enfants et présente des manifestations hystériques et exhibitionnistes.

A l'entrée, elle paraît lasse, exténuée; son regard est fixe et sa démarche mécanique; elle répond avec une extrême difficulté aux questions, semble excessivement lointaine et détachée.

On peut énumérer ainsi les symptômes notés :

- Un syndrome confuso-onirique : désorientation dans le temps et l'espace: elle se croit chez elle; affirme que nous sommes en 1880.
- Une dyménésie: elle confond souvenirs lointains et proches, fait de fausses reconnaissances: le Médecin-Chef scrutait un de ses voisins; après de longs efforts elle dit: « Mais vous avez une blouse blanche, vous êtes peut-être médecin... donc pas mon voisin. »
- Un ralentissement idéo-moteur très intense; la malade éprouve une extrême difficulté à rassembler ses idées; sa pensée est chaotique et discontinue, véritable stagnation idéique.
- Un syndrome dépressif et délirant: elle croit que son fils est noyé; pessimisme, négation d'organes, parle de radio, de radiesthésistes qui l'ont endormie, mais tout ceci reste excessivement flou.

Le traitement commence d'abord par une série de 10 électrochocs espacés: la malade présente quelques trous de mémoire mais elle se détend peu à peu et s'intègre dans la vie du pavillon.

Une fois les séances de sismothérapie arrêtées, on institue une cure de Tofranil. Les idées délirantes s'estompent peu à peu et à sa sortie, le 5 octobre 1962, la malade ne présente aucun signe pathologique.

Elle vient régulièrement aux consultations de post-cure; elle est revue pour la dernière fois le 25 juin 1963: à part quelques bouffées de chaleur assez gênantes, Mme T... n'accuse aucun autre trouble.

Les observations qui vont suivre montrent clairement que l'association électrochoc-Tofranil peut être bénéfique.

OBS. 21. — M. D. Roger, 38 ans, traumatisé crânien en 1932 à la suite d'une chute de bicyclette, est un solide cultivateur, marié, sans enfant. Le 15 avril 1961, un crime est commis au voisinage de sa ferme. Au cours de l'enquête qui s'ensuivit, il fut longuement interrogé par la police. Depuis ce jour-là, le malade est déprimé, se croit persécuté, est pris de panique dès qu'on évoque les circonstances du crime en sa présence. Il en perd le sommeil et l'appétit.

Il est hospitalisé dans le service le 23 avril 1961 dans un accès mélancolique anxieux avec douleur morale intense, idées d'auto-accusation, hypochondrie, insomnie rebelle.

Dès le début du traitement, il reçoit une série de 7 E.C. qui n'amène aucune amélioration: le malade est toujours instable, s'isole, réclame sans arrêt des vêtements pour s'en aller. Le 8 mai 1961, on stoppe la sismothérapie et on commence une cure de Tofranil et de Melleril 50: ces médicaments n'amènent aucune amélioration non plus. On leur associe alors une série de 6 électrochocs et cette association s'avère très utile: les éléments dépressifs s'estompent peu à peu et à sa sortie, le 12 août 1961, M. D..., bien qu'encore asthénique et craintif, est capable de critiquer ses troubles et se montre plus vivant et plus bavard.

OBS. 22. — Mme RIN... Suzanne, 57 ans, est hospitalisée à Ravenel le 22 octobre 1963 pour un état de mélancolie stuporeuse typique avec tentative de suicide récente. Dans ses antécédents, on note que sa mère est décédée en 1940 dans un hôpital psychiatrique. La malade a toujours vécu dans la hantise d'être un jour malade mentale comme sa mère. Elle est mariée et exploite avec son mari un commerce d'antiquités. Elle est réputée très commerçante, gaie, affable, toujours coquette, alors que son époux est beaucoup plus effacé, manquant d'initiative mais ayant un excellent caractère. Une bonne entente règne entre les époux RIN... qui ne semblent pas avoir de soucis pécuniaires. Leur seul objet d'inquiétude est un fils de 24 ans, disgracieux et probablement oligophrène.

Les troubles actuels ont débuté il y a trois ans sans raison apparente mais ils semblent être l'aboutissement d'une longue série de chocs affectifs remontant à l'adolescence. Depuis 15 jours aggravation: la malade est restée alitée sans aucune réaction: la nuit elle fait des rêves effrayants avec zoopsies. Brusquement, elle tente de se suicider le 21 octobre 1963 par section des veines du poignet.

A l'entrée, c'est une malade prostrée avec fixité du faciès et de l'attitude, dégoût, désintérêt, idées d'incapacité, d'inutilité, d'auto-accusation, de damnation et d'incurabilité.

On commence d'emblée une cure de Tofranil classique associée à du Nozinan. Au bout de trois semaines, on note une atténuation de la stupeur mais extériorisation d'un état délirant à thème de mort avec grosse anxiété réactionnelle: elle est persuadée qu'elle est morte, dit être en enfer et entend tout la nuit des cliquetis, des bruits de chaînes, la voix du diable.

Tout en continuant le Tofranil et le Nozinan, on fait une série de 6 électrochocs espacés.

Le 18 décembre 1963, l'humeur est plutôt inversée; fuite des idées, volubilité; Mme RIN... conserve le souvenir d'avoir été sous l'empire du diable, d'avoir été morte mais compare cela à un cauchemar.

La sortie est accordée le 31 décembre 1963: la guérison était totale.

En résumé, il s'agit d'un accès mélancolique stuporeux guéri par l'association Tofranil-électrochoc.

Avant de terminer ce chapitre, il nous faut dire quelques mots sur les accès dépressifs graves survenant chez les vieillards.

DEPRESSION SENILE

Le vieillard est un être très fragile. Les thérapeutiques agressives doivent donc être écartées. De nombreux auteurs conseillent de se méfier de l'imipramine et de ne la prescrire aux gens âgés qu'après un bilan organique minutieux et sous une surveillance attentive.

Dans les états mélancoliques graves, l'utilisation de l'électrochoc soulève des polémiques, car n'oublions pas que pour certains c'est le type même de la thérapeutique agressive.

BALVET écrit : « ...notre critique va plus loin : l'électrochoc a-t-il vraiment des indications chez le vieillard ? Nous ne le pensons pas. »

RONDEPIERRE, dans un article sur les psychoses dépressives chez les gens âgés, après avoir souligné le danger de certains médicaments anti-dépresseurs, déclare : « L'électrochoc, par contre — l'expérience, depuis 1941, le prouve — est parfaitement supporté chez les gens âgés, qu'ils soient hypertendus ou non. »

COSSA est plus catégorique : « ...les résultats sont suffisants pour que l'indication de l'électrochoc soit formelle en face de toute mélancolie présénile. Il constitue la seule chance de salut pour des malades qui, sans lui, sont voués à la douleur perpétuelle. Que risque-t-on au surplus ? Si le diagnostic n'est pas exact et qu'il s'agisse d'une mélancolie franche, non évolutive, elle trouve dans cette même technique son traitement de choix. »

Il est bien certain que la sismothérapie n'est jamais utilisée sans quelques hésitations, surtout chez un vieillard de 84 ans, comme nous allons le voir.

OBS. 23. — Il s'agit de M. MEN... Jules, 84 ans, hospitalisé à Ravenel le 10 juin 1961 pour accès de mélancolie anxieuse, avec douleur morale intense, pessimisme, idées d'indignité, de culpabilité et d'auto-accusation, altération très profonde de l'état général par anorexie progressive.

Dans les antécédents, il faut noter : deux chutes de motocyclette avec chaque fois perte de connaissance de plusieurs minutes, l'ablation de la prostate et quelques ennuis intestinaux sans gravité.

Le malade, ancien épicier-cultivateur, était de tempérament gai, sociable, bon vivant et aimant la compagnie. Depuis un an environ, son comportement a changé progressivement: il est devenu renfermé, ne veut plus voir ses enfants, ne s'intéresse plus à la télévision qu'il aimait bien regarder. Ces troubles sont allés en s'aggravant et depuis un mois environ ils ont atteint leur paroxysme: M. MEN... voit tout en noir, croit qu'il est damné et qu'il reste sous l'emprise du diable, déclare qu'il est un bon à rien, un voleur et qu'il sera condamné. Des idées de ruine viennent assombrir le tableau: sa maison va brûler, ses revenus ne lui suffiront pas pour vivre et c'est pour cela qu'il ne faut plus manger. Il parle souvent à son entourage de se suicider: « Je ferais mieux de m'ouvrir les artères. »

C'est donc dans un mauvais état général qu'il est hospitalisé. Les différents examens montrent: une sclérose vasculaire diffuse, un souffle systolique probablement non organique, une tendance à la constipation, une urée à 0,45 g et une légère albuminurie.

Des thérapeutiques à visée symptomatique sont mis en œuvre: testostérone, vitamine B1 et B12, Arovit, Hémineurine, Prostigmine.

Au bout d'une quinzaine de jours, aucune amélioration n'est notée; au contraire, l'état général périclité car le malade refuse toujours de s'alimenter, la douleur morale est aussi intense qu'à l'entrée. Après quelques hésitations, on entreprend un traitement par électrochocs dès le 26 juin 1961: 5 séances ont suffi pour transformer rapidement M. MEN... Il a vite commencé à s'alimenter, à s'intéresser à la vie du pavillon.

Il quitte l'hôpital le 1^{er} juillet 1961 dans un état très satisfaisant.

Dans le vaste groupe des dépressions, il apparaît donc qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts entre la chimiothérapie et la sismothérapie. Chacune doit conserver ses indications. Dans les dépressions modérées il n'est pas question d'employer d'emblée l'électrochoc: la gamme des anti-dépresseurs permet d'adapter un médicament à chaque cas. Dans les cas graves c'est différent: la majorité des auteurs estiment qu'on ne peut confier à la seule chimiothérapie le traitement des crises de mélancolie aiguë pour lesquelles la sismothérapie reste la thérapeutique d'urgence. A ce propos, ils insistent sur l'état de fausse sécurité provoqué par les neuroplégiques qui laissent subsister, sous le masque de la sédation et du calme, le dynamisme d'impulsion de suicide. Une bonne partie d'entre eux reconnaissent cependant que la biochimie apporte aux formes de mélancolie ainsi traitées un bénéfice considérable d'écourtement du temps d'évolution et qu'en définitive l'association chimiothérapie-sismothérapie se traduit par un gain notable.

SYNDROMES SCHIZOPHRÉNIQUES

Le traitement de la schizophrénie, dont on connaît la gravité pronostique, a toujours été la préoccupation majeure du psychiatre. L'apparition de tout nouveau traitement redonne l'espoir de posséder enfin, une arme efficace et sûre contre cette affection. La découverte de la cure de Sakel et de l'électrochoc avait bouleversé l'évolution des schizophrénies mais n'avait pas résolu complètement le traitement de ces affections.

Depuis le développement de la chimiothérapie, le principal problème posé au psychiatre qui reçoit un nouveau malade n'est plus de choisir entre électrochoc et cure de Sakel mais de choisir en plus entre plusieurs médicaments afin d'agir le mieux et le plus vite possible. Enfin, des auteurs conseillent l'emploi de la psychothérapie chez de tels malades après décapage par différentes thérapeutiques; l'intérêt de cette conduite grandit de jour en jour.

Le premier objectif à atteindre dans la thérapeutique de la schizophrénie est d'interrompre les expériences délirantes primaires, les phases subaiguës anxieuses, agressives, les épisodes de productivité délirante. C'est un véritable traitement d'urgence.

Le deuxième objectif n'obéit plus aux mêmes exigences. L'urgence en est exclue et le traitement doit être poursuivi longtemps pour prévenir les reprises évolutives et surtout permettre la resocialisation du malade.

Quel est le rôle de la sismothérapie au cours de ces deux phases du traitement de la schizophrénie ? Nous allons essayer de le délimiter à la lumière des opinions de plusieurs auteurs et de l'illustrer par des observations de malades.

SCHIZOPHRENIES AIGUES

Les manifestations de début de la schizophrénie sont très polymorphes et peuvent se traduire par tous les aspects séméiologiques, confusionnels et délirants aigus. Chaque cas exige une adaptation particulière des moyens thérapeutiques, mais ces moyens varient avec les auteurs.

1° Certains psychiatres *sont contre l'emploi de l'électrochoc* et sont satisfaits des résultats obtenus avec les neuroleptiques.

A la première place nous trouvons FOUKS :

« En ce qui concerne les schizophrénies, les neuroleptiques m'ont permis d'améliorer et de faire sortir bon nombre de malades, récents ou chroniques, traités longuement et sans succès par les thérapeutiques de choc. A l'encontre de nombreux auteurs dans les schizophrénies récentes, j'obtiens 90 % de bons résultats, dans des délais le plus souvent inférieurs à ceux d'une cure de Sakel. Certains de ces résultats se maintiennent et se sont même accentués deux ans après la sortie.

« Qui peut le plus, peut le moins. Si les neuroleptiques donnent des résultats là où les traitements de choc n'en donnent point, pourquoi s'obstiner à commencer le traitement par des méthodes agressives et peut-être plus nocives, en tout cas plus redoutées des malades. »

Paul ABELY est plus catégorique :

« Après une expérience suffisante qui s'étend sur maintenant douze ans environ, je suis arrivé à la conviction que chez les schizophrènes, les électrochocs sont en général non seulement superflus mais le plus

souvent abusifs et qu'ils doivent être maniés avec une extrême prudence. Je les considère comme rigoureusement contre-indiqués au début, dans la première année au moins, car, c'est alors ajouter à la panique affective de cette époque, un traumatisme supplémentaire qui accélère l'évolution. »

A Ravenel, les docteurs JOSSE et MORENON sont du même avis que les auteurs précédents; c'est dans leurs services que nous avons relevé les observations suivantes.

OBS. 24. — M. GAR... Daniel, 15 ans, est admis à Ravenel, le 9 août 1962, pour un syndrome dissociatif avec apragmatisme, isolement, approbativité, généralisation des réponses, réactions d'opposition et d'agressivité à l'égard de ses parents.

Le malade vit avec son père (employé aux P. et T.), sa mère et ses trois frères plus âgés que lui. Il a fréquenté l'école jusqu'à 14 ans et, là, il ne s'est jamais mêlé aux autres élèves. Une fois l'école quittée, il n'a jamais voulu avoir une activité professionnelle. Il faisait de longues promenades solitaires en vélo, lisait beaucoup les journaux illustrés, écoutait la radio mais n'essayait pas de fréquenter des jeunes de son âge.

A la maison, il se conduisait comme un véritable tyran, faisant des colères noires pour un rien et menaçant tout le monde dès qu'il était contrarié. Voici un passage de la lettre que son père a adressée au médecin-chef : « ...si je le corrige, il me fait face en m'injuriant; plusieurs fois, il m'a menacé de me tuer dès qu'il aurait 18 ans car il croit qu'à cet âge-là il pourrait avoir le droit d'acheter une arme... »

A l'entrée dans le service, il se signale par une conduite bizarre; expression mimique pauvre, rareté du geste et de la parole. Il voulait absolument rentrer chez lui et proposait de laisser sa montre en gage. Le refus déclencha une excitation froide accompagnée de stéréotypies et de quelques barrages, des menaces de mort à l'encontre du personnel. Dans le pavillon, il s'isole dans un coin et refuse tout contact avec les infirmiers.

Le traitement commence par du largactil en gouttes. Le malade se calme peu à peu et au bout d'une quinzaine de jours, une amélioration nette se dessine. A partir du 1^{er} septembre 1962, le Largactil est arrêté et remplacé par l'association Majeptil-Nozinan. L'humeur se normalise, le contact devient meilleur et, le 18 septembre 1962, la sortie est envisagée. Malheureusement, il apparut que le père du malade avait un rôle pathogène par son attitude schizoïde et un autoritarisme excessif. Il a encore fallu plusieurs jours de négociations pour préparer les parents au retour de leur fils et pour leur prodiguer des conseils psychothérapeutiques.

La sortie est finalement accordée le 10 octobre 1962 mais le pronostic est sombre à cause de l'atmosphère familiale.

OBS. 25. — M. LED... René, 15 ans, ouvrier dans une usine de tissage, est hospitalisé dans le service le 21 décembre 1962 pour un état psychotique à forme dissociative avec autisme, hallucinations multi-sensorielles, propos incohérents et décousus, réponses à côté

Le malade, fils unique de bûcheron, a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 14 ans; après le C.E.P. qu'il a obtenu sans difficulté, il travaille comme chargeur dans le tissage. Il ne présente aucune tendance à l'isolement, est estimé à son travail, mais, parfois, se comporte de façon bizarre : il éclate en sanglots puis brusquement

s'arrête de pleurer. Ce comportement anormal finit par attirer l'attention de ses employeurs et il fut licencié au début du mois de septembre 1962.

A l'entrée, les hallucinations et les propos décousus dominent le tableau: « C'est un rebondissement de l'opération espoir... moi-même, j'ai été truqué; tout ça provient du maquis vosgien qui me surveille pour sauver l'ancien monde... ». Il entend des voix dans un vieux haut-parleur, veut grimper sur la tour Eiffel par l'extérieur... Dans le pavillon, il est instable, va et vient sans cesse, fouille partout, gesticule et chante à tue-tête par moments.

En ce qui concerne le traitement, il a fallu tâtonner avec plusieurs neuroleptiques différents pour trouver celui qui convient: ainsi furent essayés tour à tour, le Largactil, le Nozinan, le Majeptil et l'Halopéridol.

Quoi qu'il en soit, à partir du 21-1-1963, le malade semble légèrement abattu, s'alimente bien et tient une conversation assez suivie. Un épisode grippal a failli compromettre l'amélioration ainsi obtenue mais, à la sortie, le 28 mars 1963, le malade critiquait ses idées délirantes et paraissait tout à fait normal. Voici la conclusion du médecin traitant: « ...compte tenu du jeune âge du sujet et de certains signes de discordances observés au cours de l'épisode morbide (incohérence des propos, bizarreries, asyn-tonie) l'éventualité d'une évolution schizophrénique ne fait pas de doute. »

La chimiothérapie guérit donc de nombreux cas de schizophrénie aiguë, mais tous les psychiatres ne sont pas de cet avis.

2° La majorité des auteurs estime que la schizophrénie aiguë est une affection très grave dans laquelle il faut faire feu de toutes les cartouches.

GAYRAL résume ainsi leurs opinions:

« L'expérience est encore courte, mais nous n'avons pas encore eu l'occasion d'observer un seul cas d'adolescent ayant présenté, après un épisode aigu bien traité ou après une phase d'invasion progressive, les symptômes assurés de la schizophrénie, psychose discordante, hébé-phrénie, etc., traité par les seuls neuroleptiques, qui ait guéri. Les aggravations à bas bruit, sous le couvert du syndrome neuroleptique et de l'euphorie des familles entretenue par le calme marmoréen, succédant à un dramatique épisode d'agitation, ne nous ont pas paru exceptionnelles. Il est donc indispensable de prendre, dans l'état actuel des choses, une position nette en faveur de la mise en œuvre de l'ensemble des moyens dont on dispose contre l'invasion schizophrénique. »

C'est ainsi qu'il préconise l'association des différentes thérapeutiques en disant:

« L'examen des statistiques montre généralement que l'association avec l'électrochoc est plus favorable que la cure neuroleptique seule, le temps d'hospitalisation est écourté et l'on évite les prolongations du processus qui, une fois la première agitation calmée, pourrait évoluer tenacement à bas bruit, masqué par les éléments secondaires du syndrome neuroleptique. Les cas rebelles ou ceux où l'on discerne

des signes de la série schizophrénique classique justifient l'application de la cure mixte neuroleptique + insuline des auteurs lyonnais, qu'ils n'hésitent pas à mettre en route très précocement. »

Les avis des psychiatres qui conseillent l'association électrochoc-neuroleptiques diffèrent selon qu'ils donnent la priorité à l'une ou à l'autre de ces thérapeutiques.

— *Les uns commencent d'emblée par les drogues mais sont prêts à recourir à la sismothérapie en cas d'échec.* Ainsi DELAY et DENIKER écrivent à propos de l'action des phénothiazines à l'égard des syndromes aigus de la schizophrénie :

« ...Celle-ci est suffisante pour justifier l'emploi de la chimiothérapie désinhibitrice avant celui des méthodes de choc... c'est seulement en cas d'échec que nous faisons appel à la cure de comas (ou de subcomas) insuliniques ou à de longues séries d'électrochocs pour lesquels l'association de la chimiothérapie favorise le maintien des améliorations. »

C'est le cas des deux malades suivants.

OBS. 26. — M. PERR... Claude, 21 ans, hospitalisé à Ravenel le 21-5-1963 pour un état qualifié de dissociatif.

Élevé dans une ambiance familiale simple mais chaleureuse, le jeune Claude a fréquenté l'école jusqu'à 14 ans puis, après échec au C.E.P., il devient graniteur. A cause d'une débilité mentale assez profonde, il devient vite le souffre-douleur de ses « copains » mais ne s'en affecte pas outre mesure.

Les premiers troubles ont commencé au cours du service militaire: il présente un état dépressif atypique avec préoccupations hypocondriaques, puis agitation. Voici un passage du rapport fait par le médecin militaire le 9 août 1962 : « Comportement très perturbé depuis son entrée en psychiatrie, très caustique et agressif. Jette les bols et les couverts par terre, se frappe la tête avec les boules de pétanque. Lorsqu'on l'a mis en cellule, il a crié sans arrêt, a déchiré ses vêtements, réclamant sans cesse de retourner en service de neurologie avec les autres malades bien que ces derniers le martyrisaient toute la journée. En somme, bizarreries du comportement, agressivité, conduites masochistes. »

Il est réformé sans pension le 12 décembre 1962. Depuis cette date, quelques tentatives de travail se sont soldées par des échecs, en raison de son comportement; c'est ainsi qu'il échoue à Ravenel après quelques tentatives de traitement à domicile.

A l'examen d'entrée on note: laconisme, des réponses peu élaborées avec tendance à la généralisation et une mimique peu expressive, des mouvements stéréotypés de la tête, des rires immotivés, apragmatisme général, notamment sexuel, amaigrissement important.

Au début, le traitement comprend une association de Majéptil et Artane mais, devant son insuccès, on ajoute du Largactil. Le 15 juin 1963, il fallut se rendre à l'évidence et reconnaître l'échec des thérapeutiques neuroleptiques. Le médecin-chef espère alors une amélioration par cure de Sakel et, effectivement, cette cure fait rétrocéder assez rapidement les signes dissociatifs, disparaître les idées hypocondriaques et améliorer le comportement. Parallèlement, l'appétit et le sommeil se sont normalisés et une amélioration très importante de l'état général a été constatée, M. PERR... quitte alors l'établissement le 18 septembre 1963 en très bon état.

En résumé: il s'agit d'une schizophrénie aiguë guérie par une cure de Sakel après échec des neuroleptiques.

OBS. 27. — Mme HUM... Suzanne, 26 ans, est admise dans le service le 2 mars 1960 pour psychose très atypique symptomatique de schizophrénie. Elle est mariée, mère de deux enfants et sans antécédents pathologiques particuliers. On peut seulement noter qu'elle a été épuisée par sa dernière grossesse au cours de l'année 1959. Les troubles actuels évoluent depuis 3 mois environ et semblent avoir débuté sans cause apparente.

A l'entrée, Mme HUM... présente un état schizophrénique caractérisé par une baisse de l'affectivité, des rires immotivés, des bizarreries mimiques, une pensée très inconstante et enchevêtrée, un comportement assez apragmatique. Le tableau est cependant dominé par des idées délirantes floues, non systématisées, invraisemblables, à thèmes multiples. Ecoutons-la parler : « Je ne sais pas pourquoi je suis à l'hôpital; il semble qu'on me possède, j'ai du mal à combattre... Il y a des fois que j'entends quelqu'un qui vient en moi; des fois ça peut être le Diable, il me demande parfois quelque chose, il faut que je réponde par gestes... » Elle pense qu'elle est appelée à devenir une Sainte : « J'ai entendu le pape Pie XII qui disait : il y a des Saints parmi les ouvriers; alors une lumière est descendue en moi, il m'a semblé être graciée par le Seigneur et j'ai senti une couronne posée sur ma tête... » Des idées d'auto-accusation et de persécution reviennent parfois dans le délire : « ...j'ai entraîné mes enfants et mes parents dans le mal, j'ai fait des horreurs comme ça... on ne peut pas me considérer comme une honnête femme parce que je ne fais ce que ma conscience me dit... les gens se fichent de moi. »

Le traitement immédiat comprend une cure de Largactil, de l'Artane et des vitamines. Au bout d'une dizaine de jours, aucun résultat sensible n'est constaté. On entreprend alors une série de 12 électrochocs associée à des doses filées de Largactil et d'Artane. A la sortie de confusion, le comportement est amélioré, la malade est plus sociable, manifeste de l'intérêt pour son entourage, tient une bonne conversation. Les idées délirantes se sont estompées et ainsi, la malade peut bénéficier le 3 mai 1960 d'une sortie d'essai transformée en sortie définitive le 17 octobre 1961.

— Les autres *font d'abord des électrochocs et consolident la guérison des troubles par une cure de Sakel ou de petites doses de neuroleptiques*. Il est curieux de constater que depuis à peu près 17 ans, la même opinion revient chez plusieurs auteurs.

* COSSA, cité par LAPIPE et RONDEPIERRE, déclarait en 1947 :

« Dans les formes avec stupeur et négativisme considérable ou dans les formes catatoniques, on se trouvera bien de commencer par les chocs électriques. Ceux-ci constituent alors une préparation à la cure de Sakel. On doit passer à l'insuline dès que le barrage est rompu et au plus tard, aux sixième ou huitième choc convulsivant. Dans les formes à début excito-confusionnel et dans les formes périodiques de démences précoces, on peut tenter d'éviter l'insuline et attaquer avec des chocs électriques. Mais, ceux-ci n'ont de chances d'aboutir que si l'on intervient très tôt. Et si, 5 à 6 semaines de chocs électriques n'ont rien donné, il faut savoir ne pas s'obstiner et passer à l'insuline. »

GUIRAUD écrivait en 1956, à propos des schizophrénies qu'il englobait sous le terme de syndrome hétérophrénique :

« ...Dans ce cas, même si le syndrome clinique n'est pas une hétérophrénie incontestable, s'il se présente sous forme de ces états délirants

polymorphes mentionnés dans le diagnostic, et s'il persiste pendant plus d'environ un mois sans tendance nette à la guérison, on peut s'adresser, soit à l'électrochoc, soit à l'insulinothérapie par la méthode de Sakel. »

En 1960, c'est le tour de POROT d'exprimer à peu près le même avis :

« Ce sont les traitements biologiques qui restent actuellement les plus efficaces et les plus employés, notamment la cure insulinique (cure de Sakel) associée ou non aux électrochocs. »

Plus récemment encore, EY rapporte, en 1963, à propos du traitement des psychoses schizophréniques :

« ...Les méthodes électriques (électrochoc simple ou prolongé; électro-narcose), se sont imposées comme plus maniables, plus régulières et sans danger » et il précise : « Dans les phases processuelles (début aigu et poussées), la convulsivothérapie doit être précoce, en séances groupées (plusieurs par jour si besoin) et prolongée (15 à 25 séances). Elle peut être associée à l'insuline qu'on commence en même temps et qui relaiera la convulsivothérapie après un mois si la crise n'est pas terminée. »

OBS. 28. — Le jeune VIR... René, 18 ans, est interné à Ravenel le 3 septembre 1959 pour un syndrome schizophrénique qui évolue sous forme de troubles délirants polymorphes avec éléments confuso-maniaques et éléments délirants non systématisés à thèmes mystique, mégalomaniaque, d'influence, de persécution, d'empoisonnement.

Le malade a eu une enfance normale marquée cependant par le décès de sa mère en 1948. Le père se remarie en 1952 et une bonne entente familiale a toujours régné au foyer. Après son C.E.P., il bricole à la maison, fait du jardinage... tout en suivant des cours d'apprentissage agricole par correspondance. A partir de l'âge de 16 ans, il travaille comme bûcheron. Bon ouvrier, toujours volontaire, excellent skieur, il faisait preuve d'une activité débordante et rien ne laissait présager les troubles actuels. Ces derniers ont commencé à la mi-juillet 1958 par des céphalées tenaces, une grande instabilité; refus d'aliments et insomnie amènent rapidement une altération de l'état général. Le médecin traitant ordonne des suppositoires de Largactil puis tout rentre dans l'ordre. Au bout de 15 jours, rechute brutale avec cette fois des propos incohérents et un délire polymorphe; le malade croit que ses parents veulent l'empoisonner, qu'on agit sur lui, qu'on lui vole sa pensée, etc... Devant l'ampleur sans cesse grandissante des symptômes, ses parents se décident à l'hospitaliser. C'est ainsi qu'à son admission il présentait une agitation confusionnelle intense avec altération très profonde de l'état général. L'évolution vers un délire aigu était à craindre.

Deux séries d'électrochocs (16 séances en tout) ont été nécessaires pour enrayer cette évolution en général fatale. Après disparition des troubles aigus, on pouvait noter un ralentissement psycho-moteur marqué, des bizarreries de la mimique, de l'attitude et du comportement, ainsi que des éléments discordants et ambivalents. Le jeune René est alors traité par une cure de Sakel qui se termine fin mars 1959, une rémission de bonne qualité est observée : le malade est gai, détendu et surtout plus sociable.

Une sortie d'essai est accordée le 19 avril 1959, transformée en sortie définitive le 18 novembre 1959. Le malade est suivi régulièrement en post-cure jusqu'au 6 février 1961, date à laquelle le médecin note une bonne présentation et un état mental satisfaisant.

OBS. 29. — Il s'agit d'un cas de schizophrénie aiguë de la quarantaine. En effet Mme CROP... Marguerite, 42 ans, est internée à Ravenel le 29 mars 1963 pour des troubles mentaux caractérisés par un état de stupeur succédant à une période marquée par des altérations de l'humeur, de l'affectivité, du comportement. Voici son histoire :

La malade, sur les antécédents de laquelle nous ne possédons aucun renseignement, était une femme un peu repliée sur elle-même, parlant peu et n'aimant pas se mêler aux autres. Cette attitude s'est accentuée depuis deux ans mais cela fut attribué à une réaction aux échecs scolaires successifs de son fils unique. Depuis une quinzaine de jours, après le départ du fils pour le régiment, apparition des troubles psychopathiques nets : perturbation de l'humeur avec agressivité vis-à-vis du mari, désordres du comportement (sort toute seule tard dans la nuit), insomnie. Ce tableau s'aggrave de plus en plus et nécessite bientôt son hospitalisation à Ravenel.

A l'examen d'entrée, on observait un mutisme complet et un négativisme total avec faciès figé, refus d'aliments, détachement du réel, impénétrabilité, bizarreries des attitudes : lève la main, fait un simulacre de bénédiction, met des allumettes en croix et déplace inlassablement les objets situés sur le bureau.

On commence d'emblée une série de 7 électrochocs qui va contribuer à poser le diagnostic de schizophrénie aiguë. En effet, dès le premier choc, l'état de stupeur disparaît et met à jour des signes de dissociation intra-psychique avec troubles importants du cours de la pensée, cette pensée est en effet cahotique et discontinue. On note aussi des évocations saugrenues et inadéquates, avec confusion des souvenirs authentiques et imaginaires, de vagues propos délirants à substratum apparemment intuitif. Le comportement et l'affectivité sont profondément perturbés (déambulation absurde, propos agressifs vis-à-vis du mari).

Les séances de sismothérapie finissent, le 15 avril 1963 : Mme CROP... est détendue, se montre plus familière avec son entourage mais demeure un peu méfiante.

On met alors en route une cure de Téméntil associée à de l'Artane et à du Procalmadiol. Elle quitte le service le 22 avril 1963.

La dernière consultation de post-cure date du 18 août 1963 ; la malade est en bon état physique mais elle reste lointaine et un peu figée.

Les deux observations que nous venons de voir montrent que les méthodes dites de choc peuvent venir à bout de schizophrénies aiguës, même graves, sans le secours des neuroleptiques. Il en est autrement dans celles qui vont suivre.

OBS. 30. — M. L... Jean, 25 ans, est hospitalisé dans le service le 30 octobre 1962 pour des troubles atypiques d'allure schizophrénique, caractérisés par des idées délirantes de persécution et d'influence, des hallucinations psychiques et auditives avec impression de recevoir des ondes et des menaces ; la pensée est imprécise, le cours des idées et l'affectivité perturbés, les propos incohérents.

Le malade habite à Héricourt, lieu de son travail et il vit dans une pension de famille car ses parents habitent ailleurs.

Les premiers troubles remontent à un an, plusieurs mois après un accident de bicyclette : sa logeuse aurait essayé de l'influencer pour qu'il épouse sa fille alors qu'il n'en avait nullement l'inten-

tion. Depuis cette époque, il se sent surveillé et épié; on essaie de lui dicter certains actes et de le forcer à penser contre son gré. Il mêle à ses histoires sentimentales des préoccupations délirantes politiques; la police notamment serait dans le coup; elle agirait sur lui pour le torturer à l'aide d'appareils, lui bloquerait la tête et les reins... le tout raconté avec le sourire. On lui parlerait en permanence, ses actes seraient commentés dans leur moindre détail.

Toutes ces difficultés sont exposées sur un ton changeant; les propos frisent l'incohérence; la pensée est imprécise et relâchée avec très nette ébauche de dissociation intellectuelle.

Ces réactions risquent de le rendre dangereux; pour l'instant, il s'est contenté de faire des démarches auprès de la police et de la gendarmerie, ses persécuteurs supposés, pour leur demander de cesser leur action sur lui... tout en étant prêt à passer aux actes en cas de non satisfaction.

Le traitement commence d'abord par une série de 16 électrochocs confusionnels. Dès la sortie de la confusion, une amélioration progressive se manifeste. Elle est consolidée par une association d'Halopéridol et de Largactil en gouttes.

Le malade quitte le service le 5 janvier 1963 dans un état mental satisfaisant, bien que le pronostic lointain soit réservé.

OBS. 31. — Mlle C... Odile, 18 ans, est internée à Ravenel le 8 novembre 1960 dans un état d'excitation psycho-motrice atypique avec pleurs et rires immotivés, gémissements théâtraux, propos désadaptés, nombreux tics du visage. Elle est la cinquième d'une famille de 8 enfants; l'ambiance familiale est excellente, entre un père plombier de son état et une mère âgée de 53 ans, très absorbée par sa nombreuse progéniture.

Odile a fréquenté l'école jusqu'à 15 ans mais, après avoir obtenu son C.E.P., elle abandonne les études à cause de difficultés de mémoire. Elle est tout de suite embauchée dans une épicerie dont la patronne est réputée pour son mauvais caractère. Une inimitié s'installe tout de suite entre les deux femmes et la malade, habituée à une vie facile, se trouve en butte à de grosses difficultés. Les premiers troubles apparaissent vers la mi-juin 1960 par un changement d'humeur et de caractère bien remarqué par la famille : Odile devenait progressivement nerveuse, contrariante et opposante; le sommeil et l'appétit étaient irréguliers. Elle arrête le travail le 13 juillet 1960 mais sans régression des troubles. La visite fortuite de parents éloignés, le 5 novembre 1960, précipite la malade dans la psychose : elle s'est mise à pleurer à chaudes larmes du début de l'après-midi jusqu'à minuit puis a présenté des crises de fou-rire jusqu'à 3 heures du matin. Depuis ce jour, on note une excitation psycho-motrice intense avec bris d'objets, chants, propos décousus et insomnie tenace. C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée dans le service.

A l'entrée, l'agitation continue; tous les examens, y compris un E.E.G. et une P.E.G., sont normaux.

On entreprend tout de suite un traitement confusionnel avec une série de 10 électrochocs qui finit le 25 novembre 1960 : à ce moment, Odile est calme après avoir présenté un regain d'agitation tout de suite après les premiers chocs. Une cure de Témentil à doses filées consolide l'amélioration ainsi obtenue.

La sortie est accordée le 23 février 1961 avec comme traitement ambulatoire des gouttes de Témentil.

A la dernière consultation de post-cure, datant de février 1962, le médecin a noté : état général satisfaisant, sommeil et appétit normaux, très bon comportement.

OBS. 32. — Il s'agit de M. TOUS... Bernard, 18 ans, admis dans le service le 28 décembre 1959 pour un état dépressif atypique vraisemblablement en rapport avec un état dissociatif. Il présente des troubles du comportement avec désarroi psychique. Dans ses antécédents familiaux, il est important de noter un frère de 10 ans déjà hospitalisé à Ravenel pour arriération mentale et un oncle maternel ayant présenté des troubles mentaux non précisés.

Son enfance a été très perturbée : d'abord élevé par sa grand-mère jusqu'à l'âge de 3 ans, il subit à 10 ans un grand choc : il est accidenté par éclatement d'une grenade avec laquelle il s'amusait. La perte de plusieurs doigts de la main droite l'oblige à suivre des cours de rééducation professionnelle, catégorie dessin industriel. Cela lui permet de travailler plusieurs années dans une entreprise de Nancy où il mène une vie indépendance, dénuée cependant de toute distraction. L'éloignement de ses parents ne l'affecte pas outre mesure. Ce manque de chaleur affective est aussi apparent lorsqu'il parle sans enthousiasme d'une jeune fille qu'il avait envisagé d'épouser. Brusquement, il décide de s'engager dans la Légion Etrangère et fait tout son possible pour se faire renvoyer de son travail. Cette perspective déplaît à ses parents et il s'ensuit une atmosphère de conflit presque permanent pendant plusieurs mois. Le malade traverse alors une période dépressive avec idées de suicide, ambivalence, pensée imprécise, réactions bizarres et affectivité terne.

A l'entrée dans le service, il se montre d'un comportement difficile, ne parlant que de suicide et d'évasion, peu de possibilité de critique de son état morbide dont il n'a aucune conscience.

On le traite par une série de 10 électrochocs terminée le 20 janvier 1960. La présentation du malade est plus ouverte et plus franche, avec disparition de l'état de désarroi. Il n'envisage plus de façon sérieuse un engagement dans l'armée. Un petit traitement neuroleptique à base de Largactil en gouttes est institué. Il aurait été préférable de le garder à l'hôpital au moins une quinzaine de jours mais ses parents le font sortir le 23 janvier, contre avis médical. Il se présente à la première consultation de post-cure le 7 mars 1960 : il est calme, détendu, mais mal stabilisé. Depuis ce moment, on n'entend plus parler de lui jusqu'au 9 avril 1963, date à laquelle le médecin reçoit la lettre suivante :

« ...Je suis incarcéré à la maison d'arrêt de N... et je dois comparaître prochainement devant la cour d'assises de M.-et-M. Le certificat que je vous demanderais d'avoir la bonté de m'envoyer est destiné, selon l'avis de mon avocat, à faciliter ma défense... »

— *Une troisième catégorie de psychiatres estime qu'il est plus profitable d'associer d'emblée la sismothérapie et les neuroleptiques.*

Ainsi CHEVALIER rapporte dans sa thèse les résultats obtenus en 5 ans chez 175 malades femmes traitées par l'association de phénothiazines-électrochocs. Parmi ces sujets, se trouvent plusieurs cas de schizophrénie débutante. Il remarque que les améliorations sont plus constantes, plus rapides et nécessitent un moindre nombre de séances de sismothérapie. Il conclut par ces simples mots :

« Dans l'ensemble, l'efficacité est supérieure à celle des deux thérapeutiques utilisées séparément. »

LABOUCARIÉ et ses collaborateurs estiment que les neuroleptiques apportent aux électrochocs le soutien qui leur manquait pour avoir

des résultats à long terme aussi brillants que ceux immédiats obtenus dans les accès de schizophrénie aigus. Ils écrivent :

« Dans la majorité des cas, environ dans 65 %, cette association thérapeutique détermine une réduction rapide et franche de la psychose. On obtient donc un raccourcissement notable de l'évolution de l'accès aigu mais, surtout à condition de maintenir une imprégnation neuroleptique suffisante pendant les deux ou trois mois qui suivent la réduction de l'accès, on aboutit à une guérison stable. Si parfois, dans les années qui suivent, surviennent des récives atténuées, on constate rarement dans ce lot de malades une évolution schizophrénique secondaire. »

Après avoir fait le procès de la cure de Sakel, il conclut :

« On peut estimer actuellement, à la lumière des travaux statistiques et de l'étude attentive de nombreux cas personnels observés avec un recul suffisant, que la cure de Sakel, longtemps considérée comme thérapeutique quasi spécifique de la schizophrénie, peut être maintenant dans la majorité des cas raisonnablement abandonnée pour être remplacée par des actions thérapeutiques plus souples, moins traumatisantes, au moins aussi efficaces, que représente l'association de la sismothérapie sous narcose et des cures neuroleptiques. »

A Ravenel, les Docteurs GÉRARDIN, JOSSE et Mme CAHEN-DAMPT ont depuis longtemps adopté cette attitude, sauf qu'ils n'ont pas abandonné complètement la cure de Sakel. Il nous a donc été très facile de trouver les illustrations nécessaires.

OBS. 33. — Mme B... Claude, 26 ans, est hospitalisée dans le service le 6 mars 1960 pour syndrome schizophrénique.

Orpheline de père et de mère depuis l'âge de 18 mois, la malade a été élevée par une sœur aînée. Enfant d'une intelligence vive, elle fréquente l'école jusqu'à 16 ans puis se marie deux ans après. Son mari aurait été un voyou au casier judiciaire bien chargé et qui la pousserait à se prostituer à Paris où le couple habitait. Un enfant naquit dans ce foyer morbide et il fut confié à l'Assistance publique.

Les troubles actuels auraient commencé au début de l'année 1959 : la malade, abandonnée finalement par son mari, fait preuve d'une grande instabilité professionnelle : elle travaille tour à tour dans une garderie d'enfants, dans un laboratoire, dans un château comme bonne à tout faire... Son caractère change, elle devient renfermée, égoïste et paresseuse. Après maintes péripéties, elle échoue finalement le 11 février 1960 chez un oncle et une tante très âgés qui ont accepté de l'héberger et c'est là qu'éclate le syndrome schizophrénique dans sa forme la plus typique. Attitude bizarre, propos incohérents et ambivalents, crises de fou-rire alternant avec des pleurs, sommeil irrégulier et surtout hallucinations : son café sentait l'essence ; elle n'éteignait jamais la lumière la nuit dans sa chambre pour regarder son père, son fils et la Vierge qui lui parlaient. Elle restait allongée toute la journée dans son lit et lorsqu'on la grondait elle faisait des fugues. L'oncle et la tante ne savent plus que faire de cette nièce au comportement si anormal et il a fallu un incident plus grave pour les inciter à la faire hospitaliser : le 6 mars 1960 au matin, elle prend un bol pour se servir du café et urine dedans ; devant les remontrances

de la tante, Mme B... court dans sa chambre, met quelques vêtements dans une valise et tente de se précipiter par la fenêtre du premier étage de la maison. Elle est arrêtée in-extremis par l'oncle. C'est dans cet état qu'elle est internée à Ravenel.

Le traitement mis en route comprend d'emblée l'association de 10 électrochocs espacés, d'une cure de 200 gouttes de Largactil et des injections à visée eutrophique de petites doses d'insuline.

A partir du 23 mars 1960, la plupart des troubles ont disparu ; Mme B... est capable de tenir une conversation suivie.

Le 24 avril 1960, l'accès est considéré comme guéri et la sortie accordée.

OBS. 34. — Il s'agit de Mlle M... Cécile, 22 ans, admise dans le service le 28 mars 1961 pour des troubles mentaux caractérisés par du semi-mutisme, du négativisme, une discordance de l'attitude. Elle exprime en plus des idées paranoïdes à thème de persécution: son oncle chez qui elle vivait la battrait sans arrêt et aurait tenté à plusieurs reprises de lui faire sauter la cervelle. Elle passe par des alternatives de ralentissement psycho-moteur et d'hostilité avec impulsions violentes. Au cours de ces impulsions, elle avait tenté de se défenestrer; elle fut retenue de justesse par ses parents.

Son tempérament habituel est caractéristique: elle est renfermée, ne se confie à personne, n'aime pas se mêler aux jeunes gens de son âge. Quelques jours avant son hospitalisation, ses parents ont constaté une aggravation des tendances à l'isolement et à la rêverie.

Comme traitement, elle reçoit d'abord une série de 14 électrochocs espacés, suivie d'une cure de Melleril. Le 25 mai 1961, Mlle M... est calme, lucide et s'intègre à la vie du pavillon. La sortie est accordée.

Elle rechute le 29 avril 1963: elle présente cette fois-ci un état d'excitation atypique avec fous-rires immotivés, propos incohérents, grossièretés, fausses reconnaissances, volubilité alternant avec des barrages. En plus, elle extériorise encore des idées délirantes de malveillance, centrées sur son oncle et sa tante « ...ils me traitent de vieille garce..., ils cherchent à ruiner la famille, ce sont des accapareurs comme de Gaulle et Khrouchtchev... »; on note une nette discordance entre l'attitude et les propos: elle déclare en éclatant de rire: « On va me ballader d'hôpital en hôpital jusqu'à ma mort... »

Cette fois-ci le traitement est légèrement différent du précédent; il comprend d'emblée l'association d'une série de 10 électrochocs espacés et d'une cure de 150 gouttes de Largactil par jour.

Cette association s'avère bénéfique et amène la sédation rapide et totale des troubles. La sortie est accordée le 22 juin 1963. Cependant le pronostic est réservé du fait de l'existence d'une possibilité de reprise des troubles due à un milieu familial intolérant malgré tous les conseils du médecin.

OBS. 35. — Le jeune J... André, 15 ans, vient de l'hôpital de Nancy où il était en observation depuis 3 jours. Il est admis à Ravenel, le 14 juin 1962 dans un état stuporeux symptomatique de schizophrénie et caractérisé par un mutisme complet avec tendance à conserver les attitudes imposées.

Fils unique de cultivateurs, André est de tempérament peureux et timide avec parfois des réactions impulsives. Son maître d'école le dépeint comme un garçon très intelligent mais très complexe à cause de sa maigreur. Après avoir obtenu brillamment le C.E.P., il entre en octobre 1961 dans un centre d'apprentissage. Deux

fugues consécutives y marquent son passage : à chaque fois le malade rentre chez lui et déclare à ses parents qu'il ne veut plus continuer ses études. Finalement, il quitte cet établissement en janvier 1962. Il se fait tout de suite embaucher dans une usine de meubles mais sa nature peureuse prend le dessus : il est affolé et terrorisé par les machines qui tournent dans tous les sens et font un bruit d'enfer. De légers troubles du comportement apparaissent à ce moment-là.

Depuis le 8 juin 1962, aggravation du tableau : le jeune André traverse d'abord une période d'excitation avec cris, impulsions violentes, refus absolu de se rendre à son travail, puis se replie brusquement sur lui-même : il ne parle plus à personne, refuse de s'alimenter et s'oppose énergiquement à tout ce qu'on veut lui faire faire. Le 10 juin 1962, il est mis en observation au centre hospitalier de Nancy où tous les examens s'avèrent négatifs.

A l'entrée à Ravenel, le malade garde une attitude figée; il doit être traîné jusqu'au bureau du médecin. Pendant tout l'interrogatoire il ne desserre pas les dents, garde obstinément les yeux fermés et s'oppose à toutes les tentatives d'approche.

Dans le service, il conserve la même attitude mais, parfois, il se laisse choir brutalement par terre et éclate en sanglots. L'incontinence est totale.

Le traitement entrepris comprend l'association d'une série de 13 électrochocs espacés, d'une cure de Largactil d'abord injectable puis per os, de petites doses de Nozinan et de sérums sous-cutanés.

Les séances de sismothérapie se terminent le 30 juin 1962, le médecin note à ce moment-là : « Amélioration très lente; présente encore quelques périodes de mutisme et d'agressivité d'allure impulsive; attitude de confus, égaré et mal à l'aise; quelques propos délirants, surtout à thème mystique; crainte et désir de la mort; traitement à poursuivre. »

On refait alors, tout en continuant le Largactil et le Nozinan, une deuxième série de 8 électrochocs espacés se terminant le 30 juillet 1962 : le jeune malade est plus détendu, procède lui-même à sa toilette, s'alimente bien mais reste très ralenti. On continue le Largactil qu'on relaie le 15 septembre 1962 par du 8909 RP (Neuleptil depuis quelques mois). L'amélioration se stabilise, le malade s'intègre dans la vie du pavillon, recherche la compagnie des autres, mais conserve sa timidité et sa défiance antérieures.

Il quitte le service le 1^{er} décembre 1962 avec comme traitement ambulatoire du 8909 RP et du Nozinan.

Les dernières nouvelles sont données par le père dans une lettre datant du 10 octobre 1963 : « J'ai la satisfaction de vous dire que l'état de santé de mon fils continue à s'améliorer : il mange bien et dort de même. Nous l'occupons à quelques petits travaux... ».

— 0 —

Si le traitement du précédent malade a nécessité deux séries d'électrochocs et presque 6 mois d'hospitalisation, celui mentionné dans l'observation suivante a été plus rapide et a permis une réinsertion sociale facile du patient.

OBS. 36. — Elle concerne M. B... Roger, 24 ans, ouvrier tisserand depuis plusieurs années; c'est un garçon timide, effacé, mais assez intelligent. Dans ses antécédents collatéraux, il faut signaler un frère mort en Indochine. C'était un jeune homme turbulent

et fugueur qui avait défrayé la chronique par ses frasques et fait plusieurs séjours en milieu psychiatrique.

A l'âge de 19 ans, le malade reçoit un violent coup de pied au genou gauche au cours d'un match de football; depuis cette date, il garde une claudication qui le gêne énormément pour marcher mais qui surtout l'empêche de faire son service militaire et lui donne un complexe d'infériorité, source d'une grande souffrance morale.

Les troubles actuels ont commencé 18 mois environ avant son hospitalisation; M. B... devient de plus en plus renfermé, présente des sautes d'humeur au cours desquelles il menace de tuer sa mère, travaille d'une façon désordonnée aussi bien à la maison qu'à l'usine de tissage. Il trouve sa situation professionnelle médiocre et veut l'améliorer à tout prix; ainsi, il achète une génisse pour faire de l'élevage puis la revend quelques jours après. Ses nuits sont hantées de cauchemars au cours desquels il croit entendre son frère mort lui parler à l'oreille : il se réveille à chaque fois en proie à une agitation extrême persistant pendant plusieurs heures. Quelques idées vagues de persécution colorent ce tableau : « On rit de moi... on en raconte des choses sur moi... ».

Il est finalement interné à Ravenel le 15 août 1962 dans un état stuporeux avec mutisme, fixité du regard et très mauvais état général

Une association de 8 électrochocs espacés et de 100 gouttes de Largactil balaie ces troubles en un mois environ : le malade devient plus bavard, s'intéresse à son entourage, dort paisiblement la nuit. Le Largactil est remplacé par du 8909 RP (Neuleptil).

Il quitte le service le 1^{er} décembre 1962 avec une capsule de 8909 RP à prendre par jour.

A la dernière consultation de post-cure (29 octobre 1963), M. B... bien que gardant toujours son apparence de schizophrène catatonique, est plus sociable et a repris son travail depuis plusieurs mois déjà sans encombre.

— 0 —

Nous voyons donc que le psychiatre moderne dispose de moyens thérapeutiques variés pour combattre les schizophrénies aiguës et essayer d'enrayer leur évolution vers la chronicité. L'électrochoc occupe une bonne place parmi ces méthodes de traitement, mais une question vient tout de suite à l'esprit : en est-il de même dans les schizophrénies chroniques ? Nous essayerons d'y répondre en faisant appel à différents auteurs.

SCHIZOPHRÉNIES CHRONIQUES

Si vous le voulez bien, nous écarterons de ce paragraphe le cas de ces schizophrènes anciens qui, une fois internés, sont sans espoir de sortie et qui constituent la partie la plus importante de la population « chronique » des hôpitaux psychiatriques.

Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin. Pour l'instant, il nous faut considérer l'action des différentes thérapeutiques chez les malades de longue date qui nécessitent des soins à intervalles plus ou moins réguliers.

A ce stade, la schizophrénie se présente sous trois aspects cliniques principaux : la forme paranoïde, la forme hétéphrénique et la forme hétéphréno-catatonique.

Au point de vue évolution, il y a une opposition flagrante entre les formes comportant des poussées évolutives et des rémissions spontanées, et les formes progressives s'aggravant de façon continue. Dans le premier cas le rôle de la thérapeutique est essentiellement de réduire et si possible de prévenir les phases d'évolution pathologique. Dans la deuxième éventualité, il faut obtenir coûte que coûte des rémissions thérapeutiques aussi larges et complètes que possible. Toutes ces considérations nécessitent une grande prudence de la part du psychothérapeute. D'ailleurs la plupart des auteurs avouent leurs difficultés à soigner ces malades malgré la variété des armes mises à leur disposition.

Paul ABELY résume ainsi l'incertitude des psychiatres dans le choix des mesures à prendre :

« M'intéressant depuis pas mal de temps déjà au mystère dit schizophrénique, ma curiosité thérapeutique à son sujet atteint son maximum d'acuité. Car, ici, à l'incertitude du choix du médicament s'ajoute l'incertitude évidente de ce cadre nosologique très particulier avec ses manifestations aussi polymorphes que paradoxales. J'ai naturellement expérimenté chez ce type spécial de malades les chimiothérapies nouvelles. Aucune ne m'apparut vraiment démonstrative, tout au plus symptomatique, mais n'atteignant jamais le fond de la psychose (pas plus d'ailleurs que la sismothérapie). »

Aussi nous ne trouverons pas de véritable polémique entre les différents auteurs à propos des trois méthodes en compétition, à savoir la cure de Sakel, la sismothérapie et la psycho-pharmacologie. Les désaccords sont mis en sourdine pour combattre cet ennemi terrible qu'est la schizophrénie ancienne. Et si quelqu'un préconise telle ou telle méthode, il le fait sans condamner formellement les autres.

— Ainsi, EY parle de *l'effet discutable de la sismothérapie* :

« Dans les schizophrénies à évolution lente et insidieuse, l'indication des chocs est discutable. Ils peuvent cependant débloquent parfois le négativisme catatonique. Les formes paranoïdes et hétéphréniques ne constituent pas généralement de bonnes indications.

« Dans les états stabilisés, l'indication des chocs est discutée. Elle n'est qu'une méthode complémentaire. »

LEBOVICI cite le cas d'un malade de 22 ans dont les troubles ont commencé 10 ans auparavant, à la suite d'un choc émotionnel. Il fut soigné par plusieurs séances de sismothérapie et, depuis cette date, il a pris l'habitude d'aller de son plein gré se faire faire des électrochocs au moindre malaise. Ainsi, au moment où l'auteur l'examine, le malade a reçu plusieurs centaines d'électrochocs, sans aucune amélioration.

LEBOVICI constate une perturbation de l'E.E.G. et une atrophie frontale et conclut :

« Ainsi, en même temps que l'inocuité relative de cette électrochoc-thérapie intensive, en apparaît l'inutilité; il n'y a pas intérêt et il peut y avoir certains inconvénients à poursuivre, parce qu'un malade le réclame, une thérapeutique en tout cas inutile. »

RACAMIER et ses collaborateurs écrivaient en 1956 :

« Pour conclure, la cure prolongée de chlorpromazine nous apparaît à la lumière de 50 cas, suivis depuis près de deux ans, en moyenne, comme l'une des meilleures thérapeutiques actuelles des psychoses schizophréniques d'évolution dite chronique. »

VERMOREL et ses collaborateurs, après avoir soigné 296 schizophrènes concluent en 1959 :

« La majeure partie de nos observations présentent des cas de schizophrénies dont beaucoup sont d'évolution déjà longue. Il est bien certain que les neuroleptiques trouvent là une indication tout à fait originale qui a bouleversé la thérapeutique psychiatrique. »

En 1963, Ey, qui fait des réserves sur l'emploi de la sismothérapie, déclare :

« Les cures neuroleptiques ont pris une place très importante dans le traitement de la schizophrénie... elles peuvent encore réduire les reliquats hallucinatoires de certaines schizophrénies anciennes fixées depuis des années et proches des psychoses hallucinatoires chroniques. »

De nombreuses observations peuvent illustrer ces différentes opinions; nous n'en citerons que les plus caractéristiques.

OBS. 37. — M. FLO... Raymond, 22 ans, est interné à Ravenel le 29-3-1963 après une affaire de détournement de fonds.

Voici son curriculum vitae : sa mère est ouvrière d'usine; il n'a jamais connu son père. Il est élevé chez ses grands-parents jusqu'à l'âge de 16 ans. Il fréquente l'école primaire, obtient brillamment son C.E.P. puis s'inscrit dans un cours complémentaire où il reste deux ans; ensuite on le retrouve apprenti chez un expert géomètre. Ne pouvant, selon lui, acheter les outils nécessaires à l'exercice d'une telle profession, il part à Paris, chez un oncle et travaille durant un an dans une banque. Il revient chez sa mère mais se disputant fréquemment avec un beau-père qu'il estime incompréhensif, il retourne finalement chez ses grands-parents et travaille comme manœuvre dans une filature.

En mars 1961, il est appelé au service militaire, il est tout de suite affecté dans un bureau mais, au bout de deux mois, il est muté aux cuisines, en raison probablement de l'insuffisance de son travail. Il en éprouve une cruelle déception et progressivement devient bizarre et déprimé. Il est d'abord traité par largactil intramusculaire dans un hôpital général, mais des épisodes d'insomnie et de refus d'aliments entraînent une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Maréville. Il est traité alors par cure de Sakel et électrochocs. A sa sortie il bénéficie de trois mois de convalescence à l'issue de laquelle il est réformé.

En mars 1962, il est embauché dans une entreprise de construction comme comptable et 4 mois après il se rend coupable du détournement d'une forte somme d'argent.

A l'entrée, son examen permet de mettre en lumière certains symptômes pathologiques dénotant une ébauche de dissociation

intra-psychique et un autisme psychologique. Il est ambivalent, bizarre, impénétrable, détaché du réel, paraissant éprouver une sorte de perte du contact vital avec la réalité. Sa pensée et son langage sont contournés, avec un mélange de reviviscences et d'inventions insolites. Les réponses sont floues, symboliques, abstraites, indiquant la mauvaise cohérence du contenu psychique. Lorsqu'on lui demande des détails sur son escroquerie, il s'engage dans des explications excessivement floues, confuses, dont on ne peut savoir de prime abord s'il s'agit d'un délire, d'un rêve éveillé, de réminiscences imaginaires ou de faits authentiques. D'après les antécédents, cette schizophrénie semble évoluer depuis plusieurs années.

Le traitement comprend essentiellement une cure de Terfluzine associée à de l'Artane. L'amélioration est longue à venir mais au bout de deux mois environ, le flou de la pensée a disparu et des possibilités de critique réapparaissent.

Il quitte le service le 6 juillet 1963. A la dernière consultation de post-cure, datant du 17 mars 1964, FLO... a repris du travail et l'amélioration obtenue à Ravenel continue.

OBS. 38. — Il s'agit de M. BOUR... Georges, 28 ans, professeur de Sciences naturelles, admis dans le service le 22-2-1963 dans un état stuporeux avec perplexité anxieuse, ralentissement idéomoteur, contact lointain et hallucinations multiples. Il extériorise en plus un délire flou, mal structuré, extensif: à la suite d'une vente de tombola catholique il a senti une hostilité sournoise autour de lui et il impute ses malaises à l'action extérieure d'agents politiques, probablement communistes. Le malade, originaire de Paris, célibataire, est installé dans les Vosges depuis deux mois. Il a été élevé par ses parents dans une bonne ambiance familiale et ses études se sont passées sans grandes difficultés. Les premiers troubles auraient débuté pendant son service militaire et ont amené rapidement sa réforme. Depuis ce moment, il fait des séjours réguliers dans les milieux psychiatriques. En 1960, il a été notamment interné à Ste-Anne, à Paris, pour un état confusionnel avec des expériences oniriques de télépathie, troubles du comportement, hallucinations, sentiments de transformation de l'ambiance. Il parlait parfois d'une thèse qu'il rédigeait sur « l'histologie du tube digestif de la vipère ».

A l'entrée, le malade est insomniaque, s'alimente comme un automate; il se promène dans le pavillon, le regard fixe et sans contact avec son entourage.

Le traitement est d'abord à base de Tofranil, Majeptil et Artane. Au bout d'une dizaine de jours, le malade se détend, vient parler spontanément au personnel mais son délire est toujours présent. A partir du 20 mars 1963, on arrête le Tofranil, les doses de Majeptil sont augmentées et on associe du Largactil. Vers la mi-mai, on note une très bonne amélioration du comportement, une recherche du contact et surtout une critique des hallucinations.

M. BOUR... quitte l'hôpital le 25 mai 1963 avec du Majeptil à prendre chez lui.

En résumé, il s'agit d'un syndrome d'allure paranoïde évoluant depuis plusieurs années et très amélioré par l'association Tofranil-Majeptil Largactil-Artane.

OBS. 39. — Mme MIL... Anne-Marie, 39 ans, est admise à Ravenel le 17 octobre 1963 pour des troubles mentaux caractéristiques d'une schizophrénie à forme catatonique, d'évolution ancienne.

Après avoir obtenu son C.E.P. à l'âge de 14 ans, la malade entre dans une école ménagère où elle réussit facilement au C.A.P. Elle se marie à l'âge de 21 ans avec un ingénieur agricole qui l'emmena au Maroc. C'est là que se situe le premier accident psychotique; elle se souvient seulement avoir été hospitalisée pendant 6 mois.

En 1957, à son retour en France, rechute identique à la première: anorexie, vomissements, idées noires. Elle fut traitée par cure de Sakel et sismothérapie.

Le 8 août 1963, elle est internée à l'hôpital psychiatrique de Rouffach. Elle présentait des préoccupations hypocondriaques, mais en réalité elle apparaissait catatonique, assez bloquée avec des fadings, de graves troubles du cours de la pensée, des hallucinations auditives menaçantes, un thème de morcellement: le cerveau lui est arraché bribe par bribe... Ces affirmations étaient ponctuées de grands éclats de rire. Elle est soignée avec du Majeptil et de l'Artane puis est transférée à Ravenel où elle arrive donc le 17 octobre dernier.

A l'entrée, on est frappé par son attitude figée et lointaine, son ambivalence, ses expériences délirantes d'influence, de dépersonnalisation et d'extase.

Le traitement entrepris d'emblée est à base de Terfluzine et d'Artane. Le 14 novembre 1963, la malade est assez souriante et a repris une certaine activité (broderie).

A partir du 16 novembre, elle bénéficiera de trois permissions de 15 jours chacune au cours desquelles elle se comporte bien dans sa famille. La sortie est accordée à l'essai le 10 janvier 1964 avec comme traitement ambulatoire de la Terfluzine et de l'Artane. Elle est revue en dispensaire le 13 mars 1964: Mme MIL... s'occupe bien de ses enfants, son état mental est satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'une poussée de schizophrénie à forme catatonique améliorée par une cure d'abord de Majeptil puis de Terfluzine.

OBS. 40. — Mme OUV... Adrienne, 35 ans, est admise dans le service le 25-8-1962 pour troubles mentaux caractéristiques d'une schizophrénie, syndrome psychasthénique, ambivalence affective et irrésolution, bizarrerie, péjoration continue de l'état de santé.

Après une enfance et une adolescence sans histoires, la malade se marie en 1947 à l'âge de 21 ans; deux enfants doivent naître de cette union. Les premiers troubles ont commencé en 1949 après l'accouchement du fils aîné par un syndrome d'allure dépressive caractérisé par de l'asthénie, de l'anorexie, de l'insomnie et de l'indifférence vis-à-vis de tout.

Pratiquement, depuis cette date, la malade va d'un hôpital à l'autre sans grande amélioration. Toutes les thérapeutiques (cure de Sakel, électrochocs, neuroleptiques divers), furent essayés mais sans succès. Voici son billet d'entrée à Ravenel: « Elle est apparemment d'humeur toujours égale, indifférente sur le plan affectif aussi bien à l'égard de son mari que de ses enfants. Elle refuse toute occupation, lecture, travaux de couture, tricot, sous prétexte de fatigue. Elle tyrannise son entourage en interdisant la lumière trop vive, la voix trop haute, les bruits de pas, les mouvements autour de son lit, etc... »

Lorsqu'on l'interroge, elle prétend des douleurs intolérables au cou, à l'épaule gauche, au cœur... alors que des examens approfondis ne révèlent aucune anomalie. »

Le traitement comprend une cure complète de Tofranil associé à du Largactil.

Le 9 septembre, on note une atténuation sensible des troubles, le 19 octobre l'état mental est très bon. L'affectivité est bonne, elle s'occupe de façon suivie avec beaucoup d'initiative à des travaux ménagers et de couture.

La sortie est accordée le 3 novembre 1962 avec du Tofranil et du Largactil en traitement ambulatoire.

Le même état persiste le 10 juillet 1963.

Les neuroleptiques arrivent donc à réduire des poussées de schizophrénies chroniques. Que font les autres thérapeutiques ?

— *De nombreux auteurs soulignent l'intérêt de la sismothérapie dans les schizophrénies anciennes mais avec quelques nuances :*

En effet, les uns insistent surtout sur le rôle propre des électrochocs.

Ainsi, DESHAYES répond à ceux qui croient à la supériorité de la chimiothérapie dans les associations :

« Quand on associe, et c'est, croyons-nous, le mieux, à la chlorpromazine d'autres traitements (électrochocs, cure de Sakel, psychothérapie) on ne saurait scientifiquement garantir que seuls les bons résultats sont dus à la seule chlorpromazine. On le sait depuis longtemps, la sismothérapie et l'insulinothérapie peuvent avoir des effets à retardement, surtout quand on y adjoint une psychothérapie convenable, avec parfois sortie du malade dans sa famille. Nous venons encore d'en avoir plusieurs exemples, avec des schizophrènes dont nous croyions avoir maintenu la sortie grâce à la chlorpromazine, alors que les malades avaient soigneusement évité de suivre notre prescription. »

Et il ajoute dans une autre circonstance :

« L'électrochoc peut sortir le malade de son autisme, de son inertie, supprimer son agitation ou son impulsivité agressive, restituer son contact, lucide et affectif, permettre ainsi à la psychothérapie de s'exercer sous une forme ou sous une autre. Du reste, la simple amélioration du comportement ne doit pas être méprisée : que le malade s'alimente bien et seul, qu'il s'habille, se nettoie, maîtrise ses sphincters, etc... Tout cela contribue à transformer l'atmosphère du service et l'existence hospitalière. »

Paul ABELY, violemment opposé à la sismothérapie dans les cas aigus du début de la schizophrénie, consent à l'utiliser dans les cas chroniques :

« ...Lorsqu'il s'agit d'arrêter une anorexie qui représente un danger vital, lorsqu'il s'agit d'apaiser une agitation catatonique particulièrement violente... »

Les exemples suivants illustrent dans un certain sens ces affirmations.

OBS. 41. — M. BRA... Robert, 38 ans, est interné à Ravenel le 9 août 1963 dans un état d'agitation intense. Il présente un comportement violent et dangereux, accompagné de cris, vociférations, grands gestes, menaces. Cette agitation alterne avec des périodes d'inertie. Une certaine incohérence des propos, de l'ambi-

valence, des bizarreries mimiques, rattachent le tout à une schizophrénie ancienne.

Le malade travaille dans une tannerie; il est célibataire, vit en compagnie de ses frères dans une ferme qu'ils ont héritée de leurs parents, décédés. C'est un garçon d'habitude timide, assez renfermé, un peu bizarre, parfois impulsif.

Ses antécédents psychiatriques sont chargés : il a déjà été hospitalisé dans le service du 30 mai 1947 au 16 décembre 1948 pour un syndrome d'agitation maniaque atypique avec éclats de rire sans motif, clins d'yeux, mutisme malicieux et conservation des attitudes; le tout fut attribué à une démente précoce en évolution. Il fut traité par plusieurs séries d'électrochocs espacés à cause de la persistance de l'agitation. Il a fallu presque un an et demi de traitement pour le guérir. Il fut rendu à sa famille dans un bon état mental. Depuis cette date, on ne signale aucun fait notable: le malade vaquait à ses occupations et personne ne s'occupait de ce garçon ténébreux, un peu buveur mais sans excès.

Les troubles actuels ont été déclenchés par le décès de sa mère et l'internement de son frère aîné pour éthyliste chronique.

Dès l'entrée, il reçoit 3 électrochocs à raison d'un par jour : l'agitation tombe brusquement. On met alors en route une cure de Largactil d'abord injectable puis en gouttes. L'amélioration persiste et à sa sortie, BRA... est calme, lucide, bien orienté.

Cette amélioration continue à la dernière consultation de post-cure datant de mars 1964.

OBS. 42. — Mlle CAU... Cécile, 34 ans, est une schizophrène de longue date. Elle en est à la cinquième poussée de la maladie lorsqu'elle est internée à Ravenel le 7 septembre 1959. Elle présente un tableau de schizophrénie hébéphréno-catatonique caractérisé par des troubles du cours de la pensée, de l'ambivalence, de l'indifférence, de l'inaffectivité, une tendance à la conservation des attitudes, des préoccupations mystiques ou érotomaniaques. Le tout est ponctué par des rires explosifs ou des impulsions violentes.

Après une enfance sans histoire, la malade nantie d'un caractère capricieux et indécis vit dans la ferme paternelle où elle accomplit de menus travaux : donner à manger aux lapins, surveiller le bétail, etc... Elle veut toujours rester solitaire sans contact avec son entourage. Les premiers troubles sont apparus à l'âge de 20 ans par un syndrome dépressif atypique avec tentative de suicide. De 1948 à 1953, elle a fait quatre séjours consécutifs au centre psychothérapique de Nancy. Toutes sortes de traitements furent essayés sans autres résultats que des améliorations incomplètes et peu durables au début. Elle reçut en tout 150 électrochocs en plusieurs séries, deux cures de Sakel, une lobotomie préfrontale, une pneumothérapie cérébrale et finalement une cure de Largactil. Cette dernière survenant après une série de 8 électrochocs amena une amélioration qui va durer presque 6 ans. La rechute actuelle a commencé au mois de mai 1959 : CAU... s'isole de plus en plus, en proie à des idées délirantes mystiques sans hallucinations : « Je vais sans cesse prier le Bon Dieu à l'église... je ne mange plus pour réparer les fautes de maman qui a eu de mauvais rapports avec des hommes... » Elle ne peut pas souffrir que sa mère parle à un homme ou que son père s'adresse à une femme. Dès qu'elle est importunée, elle a des impulsions violentes: une fois, au retour des champs, elle jette une bêche dans la direction de sa mère. Elle est sujette à de fréquentes crises de larmes alternant avec des fous-rires.

Le traitement comprend uniquement une série de 10 électrochocs espacés qui amènent une bonne détente de la malade. Cette amé-

lioration est consolidée par une cure de Sakel jusqu'au 9 avril 1960. La sortie est accordée 10 jours plus tard. Malheureusement CAU... rechute rapidement chez elle et présente des réactions violentes d'une intensité rare. Elle est donc réintégrée à Ravenel le 30 avril 1960.

On recommence tout de suite une autre série de 10 électrochocs qu'on relaie cette fois-ci par du Témentil associé à de l'Artane.

Le 15 octobre, elle bénéficie d'une sortie d'essai transformée un an après en sortie définitive.

La dernière consultation de post-cure date du 28 janvier 1964: la malade suit un traitement à base d'Halopéridol et d'Artane; elle est calme, plus active qu'autrefois et désire se marier.

OBS. 43. — Il s'agit de Mlle SCHW... Colette, 33 ans, internée pour la sixième fois à Ravenel depuis 1956 pour un état d'excitation maniaque atypique, symptomatique d'une schizophrénie ancienne.

En considérant ses antécédents, le moins qu'on puisse dire c'est qu'elle a eu une vie assez mouvementée; jugez-en !

Grandissant dans une famille de 12 enfants (elle en est la troisième), la malade a eu une enfance et une adolescence sans histoire, sauf peut-être un traumatisme psychique en 1944, au cours d'un bombardement terrifiant. C'était en plus une jeune fille pieuse mais sans exagération. Il semble cependant que le curé du village ait eu une grande influence sur elle car, en 1954, elle quitte brusquement la maison familiale pour entrer dans un couvent et prendre le voile.

Les premiers troubles ont débuté en 1956; après un traitement par électrochocs et insuline, la malade retourne chez ses parents.

Depuis cette date, on note une grande instabilité professionnelle : après 15 jours de travail dans un endroit, elle fugue à chaque fois pour retourner chez ses parents. Plusieurs séjours à Ravenel marqueront cette période d'instabilité.

L'examen d'entrée permet de mettre en évidence :

- Une excitation psycho-motrice avec volubilité, jeux de mots, extrême labilité de l'humeur avec rires explosifs, alternant avec des crises de larmes, attitude extatique: elle se prosterne à plat-ventre, les bras en croix puis se relève, joint les mains et les larmes aux yeux elle demande pardon à un confesseur imaginaire.

- Des troubles du cours de la pensée avec barrages, phrases hachées.

- Un fond d'immaturation affective, des préoccupations mystiques et érotiques prédominantes.

- Des actes extravagants : refus d'aliments pour faire pénitence, dons imaginaires...

Une série de 10 électrochocs espacés amène une stabilisation de l'humeur. Une cure de Largactil associé à du phénergan essaie de consolider cette amélioration mais une reprise de l'accès maniaque fait recommencer une autre série de 8 électrochocs. On la fait suivre cette fois-ci d'une cure de Largactil et d'Halopéridol associés à de l'Artane.

Mlle SCHW... quitte le service le 26-10-1963 très améliorée: son comportement est stable et les préoccupations délirantes ont disparu. A la dernière consultation de post-cure du 4 février 1964, elle est dans le même état qu'à la sortie. Elle prend régulièrement du Melleril et du Largactil.

Ses parents sont enchantés de son comportement et, instruits par l'échec des précédentes tentatives de reclassement social, ils ont décidé de garder désormais leur fille avec eux sans qu'elle soit obligée de travailler.

D'autres auteurs vantent les avantages de l'association sismothérapie-chimiothérapie dans cette maladie si grave qu'est la schizophrénie chronique.

LABOUCAIRÉ et ses collaborateurs, après avoir souhaité que la chimiothérapie puisse remplacer la cure de Sakel, écrivent :

« La convulsivothérapie, au contraire, paraît dans la plupart des cas devoir rester associée à la cure neuroplégique, réalisant ainsi une méthode thérapeutique particulièrement active. »

Nous n'y ajouterons pas d'autres citations car ces affirmations sont claires. Nous citerons seulement quelques observations de malades qui doivent leur salut à l'association électrochoc-neuroleptiques.

OBS. 44. — Il s'agit de Mlle GIR... Agnès, 26 ans, hospitalisée à Ravenel le 25 mai 1963 pour des troubles mentaux caractéristiques d'une schizophrénie à forme hébéphrénique, évoluant depuis quelques années.

Voici son curriculum vitae : Elle est née dans une famille de 5 enfants dont deux meurent en bas-âge. De nature renfermée, peu communicative, elle suit tant bien que mal les études primaires et à l'âge de 19 ans, on la trouve chez ses parents vaquant à de petits travaux ménagers. C'est à ce moment-là que s'est produit un incident qui joua un grand rôle dans le déclenchement des troubles actuels. En effet, un crime fut commis au village par un rôdeur et toute la population mâle organisa une battue pour trouver l'assassin. Tout ce remue-ménage impressionna la jeune fille qui entra dans une grande frayeur avec tremblements, sueurs profuses et la certitude que son père allait être tué au cours de la chasse à l'homme. Elle en est arrivée à ne plus oser sortir dehors et à redouter même son entourage. Elle fit alors deux courts séjours dans des cliniques psychiatriques où elle fut soignée par des électrochocs et une cure d'insuline. L'amélioration qui en résulta se prolongea à peu près pendant 7 ans, jusqu'en janvier 1963: une nouvelle rechute fut soignée pendant 15 jours à Metz par une cure neuroleptique sans beaucoup d'amélioration. Depuis le 19 mars 1963, la malade est confinée au lit nuit et jour, refusant absolument toute alimentation et tout contact avec son entourage. Ses parents furent obligés finalement de l'interner à Ravenel. Voici le certificat des 24 heures :

« Présente des troubles mentaux caractérisés par un ralentissement idéo-moteur, apparu en janvier 1963. Aspect figé, lointain, absent, impénétrable avec akinésie, mimique inexpressive, stéréotypies de mouvements et d'attitudes. Troubles du langage à forme de mutisme et de mustracisme. Stagnation de la pensée, rumination mentale. Ambivalence émotionnelle et affective, pleurs épisodiques, vagues idées de suicide. Assez bon état physique. Cependant, anorexie, insomnies, hypertrichose de type androïde. »

On commence d'emblée une association de 5 électrochocs espacés et d'une cure de Témentil et d'Artane. Dès la deuxième séance de sismothérapie, la malade est plus détendue, souriante, parle spontanément et se mêle davantage aux autres pensionnaires. A la fin des chocs, elle participe à une ergothérapie adaptée à son cas.

Elle quitte le service le 31 août 1963 sans aucun signe de dissociation intra-psychique. Cette amélioration continue encore le 6 février 1964, grâce probablement à des doses filées de Témentil.

OBS. 45. — C'est le cas de Mme LEL... Christiane, 33 ans, admise dans le service le 30-6-1963 pour rechute d'un syndrome schizo-

phrénique évoluant depuis 10 ans. Aucun antécédent familial ou collatéral n'est à noter. La malade a eu une enfance et une adolescence normales jusqu'en 1953 : alors qu'elle préparait le baccalauréat, elle eut une déception sentimentale qui déclencha une poussée de schizophrénie avec hallucinations, idées délirantes et agressivité très marquée. Une cure insulinique assez prolongée l'a remise sur pied.

Elle prend des cours de secrétariat sanctionnés par un diplôme en 1957. Elle se met alors à travailler à Genève mais son instabilité et son attitude bizarre la font renvoyer de partout.

Elle se marie en 1961. En 1962 au début de la grossesse, elle fait une deuxième poussée de schizophrénie soignée par une cure de sommeil. Depuis le mois d'avril 1963, une autre rechute se dessine avec asthénie, inquiétude diffuse, anorexie progressive et difficultés pour s'occuper de son bébé de 11 mois.

Le 29 juin 1963, elle fait une fugue le soir avec son bébé dans les bras. Elle fut retrouvée à 50 km de chez elle les yeux hagards et paraissant totalement inconsciente. C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée à Ravenel le lendemain. On note alors :

« Bizarreries et étrangeté du comportement avec fous-rires immotivés, attitudes pensive avec parfois soliloque, instabilité psychomotrice, tendance à la fugue, apragmatisme total. Propos extravagants avec barrages, ambivalence des sentiments : admiration et hostilité vis-à-vis du mari. »

Dans le service, elle est instable et agitée ; elle présente des hallucinations visuelles (voit des têtes d'animaux sur les murs), une agressivité violente vis-à-vis des infirmières qu'elle frappe et essaie de mordre.

Le traitement mis en route comprend l'association d'une série de 7 électrochocs avec du Largactil et du Nozinan. Dès la deuxième séance de sismothérapie, l'agressivité tombe et la malade devient abordable. Il persiste cependant un certain degré d'instabilité qui ne disparut que plus tard.

Elle quitte le service le 25 août 1963.

Bon comportement à la consultation de post-cure du 12 décembre 1963.

Nous sommes maintenant arrivés au terme de ce que nous avons à dire au sujet des syndromes schizophréniques. La cure de Sakel, l'électrochoc et la chimiothérapie trouvent chacun une place dans le traitement de cette maladie, à un stade quelconque de son évolution. Les psychiatres devront-ils crier victoire, les différentes méthodes thérapeutiques actuelles sont-elles capables d'enrayer définitivement les poussées de la schizophrénie ? Toute la bibliographie que nous avons consultée ne nous permet pas de répondre par l'affirmative à ces deux questions. Les lignes suivantes, empruntées à VERMOREL et ses collaborateurs, sont écrites, certes, à propos des neuroleptiques, mais elles peuvent aussi bien s'appliquer à toutes les autres armes thérapeutiques.

« L'apparition des neuroleptiques a bouleversé l'évolution des schizophrénies mais n'a pas résolu complètement le traitement de ces affections. Nos statistiques montrent que nous n'avons pas guéri tous nos malades. D'autres sont simplement améliorés et restent hospitalisés : une partie importante reste dans leur famille sans activité sociale utile ; une partie d'entre eux seulement a repris une activité sociale. Les schizophrènes restent des malades chroniques, si nous entendons

par là des malades au long cours. Sachons bien que les schizophrènes qui commencent maintenant leur maladie devront être pris en charge pour de nombreuses années, même si une amélioration spectaculaire est obtenue rapidement. »

L'électrochoc n'est pour rien dans ce pessimisme. De nombreux auteurs l'utilisent dans les syndromes schizophréniques. Il faut voir maintenant quelle place il occupe dans le traitement des syndromes confuso-oniriques.

SYNDROMES CONFUSO-ONIRIQUES

Dans un but de clarté, nous avons réuni sous ce nom trois maladies mentales aiguës dans le traitement desquelles la sismothérapie a joué et joue encore un grand rôle. Ce sont les bouffées délirantes, la confusion mentale et le délire aigu. Si les deux premières sont caractérisées par leur caractère souvent transitoire et leur tendance à la rémission, la troisième, appelée aussi encéphalite psychosique aiguë azotémique, constitue un véritable syndrome malin en psychiatrie dont l'évolution est généralement mortelle. Nous y rattacherons les psychoses alcooliques aiguës que certains auteurs font entrer dans les syndromes confuso-oniriques.

LES BOUFFÉES DELIRANTES

Ce sont des états psychopathiques aigus ou subaigus caractérisés par l'éclosion soudaine d'un délire généralement polymorphe dans ses thèmes et à cycle évolutif relativement court. EY cite la phrase suivante de MAGNAN pour décrire ce délire : « Dès son apparition, le délire est constitué, armé de toutes pièces, de pied en cap, enveloppé dès sa naissance de son cortège de troubles sensoriels, c'est un délire d'emblée. »

De nombreuses causes déclenchantes sont signalées par différents auteurs; elles vont des toxi-infections, de certaines intoxications (alcool, stupéfiants) jusqu'aux chocs émotionnels et à la puerpéralité.

Le traitement de cette psychose aiguë donne encore lieu à une certaine polémique entre les différents psychiatres.

— La plupart préconisent le *traitement étiologique avant tout*.

BARUK insiste « sur l'importance de faire un examen complet de chaque malade et de ne pas négliger les thérapeutiques étiologiques, même lorsque les étiologies rencontrées ne constituent que des causes occasionnelles qui déterminent leurs effets sur un fonds constitutionnel prédisposé. »

EY commence ainsi son chapitre sur le traitement des psychoses délirantes aiguës : « Dans le cas où est mis en évidence un facteur

étiologique ou si l'on veut pour ne pas oublier la notion capitale de terrain, un facteur de « précipitation », on entreprendra bien entendu le traitement de l'affection « causale ». »

L'observation suivante fournit une bonne illustration à ces deux opinions.

OBS. 46. — Il s'agit de M. MO... Armand, 41 ans, hospitalisé à Ravenel le 10 avril 1960 pour bouffée délirante et tentative de suicide. Cet état psychopathique est apparu au début de son hospitalisation à F... pour une affection fébrile qui s'est révélée être une atteinte paratyphique B avec néphrite hématurique.

Le malade est célibataire et il vit seul à l'écart du village. De nombreux chocs affectifs ont marqué sa vie pendant la dernière guerre: il fut déporté pendant 5 ans en Autriche. Depuis la Libération, il travaille comme maçon mais se plaint de troubles divers qu'il aurait contractés en déportation, notamment une maladie d'estomac pour laquelle il a essayé en vain d'obtenir une pension.

A l'entrée dans le service, il est triste avec des idées de ruine et de culpabilité. L'agitation psychomotrice est intense. Il est en proie à de multiples hallucinations sensorielles et à un véritable syndrome d'influence avec sentiment d'hostilité généralisée autour de lui: les malades de l'hôpital de F..., les sœurs du service et même les médecins ont comploté contre lui; les traitements mis en œuvre lui paraissent anormaux et destinés à l'empoisonner : « ...ils me faisaient boire de l'urine, il y a quelque chose là-dessous... Ce n'est pas clair, il y aura un jugement... » C'est au cours d'une poussée fébrile avec exagération des hallucinations visuelles (personnages grimaçants, lumières en face de lui) et auditives (on lui a donné l'ordre de se détruire) qu'il a essayé de se suicider par section du cou et des poignets avec une lame de rasoir.

Les différents examens donnent :

Urée: 0.34; séro-diagnostic largement positif au paratyphique B; les urines sont hématuriques avec des traces d'albumine; la température est à 40°.

Le traitement mis en œuvre comprend des hémostatiques, des antibiotiques, des vitamines et seulement des hypnotiques légers pour la nuit.

Le 12 avril le malade est moins agité mais il délire toujours: les yeux hagards, il se défend contre une imaginaire accusation de meurtre: « J'ai volé mais je n'ai pas tué... »; le visage décomposé par la peur, il clame son innocence.

Les jours suivants, sous l'action combinée des différentes thérapeutiques, la température se normalise, l'hématurie se tarit. Parallèlement, les troubles mentaux s'estompent et le 30 avril MO... est calme, lucide et se répand en remerciements pour les bons soins qu'il a reçus. Il quitte le service le 15 juin 1960 complètement remis.

A la dernière consultation de post-cure datant du 15 mai 1963, on note quelques préoccupations hypochondriaques (le malade les présente depuis son retour de captivité en 1945) mais MO... est gai, souriant et en très bon état général.

En somme, il s'agit d'une bouffée délirante apparue au cours d'un état infectieux. La guérison de ce dernier a amené la disparition des troubles mentaux sans le secours d'aucun neuroleptique.

Cependant l'affection étiologique n'est pas toujours facile à mettre en évidence et à ce moment il faut faire appel à d'autres thérapeu-

tiques. La querelle rebondit alors : neuroleptiques ou électrochocs ?

— Les uns donnent *la priorité à la chimiothérapie* et ils citent les médicaments qui leur paraissent le plus efficaces.

Ainsi LAMBERT et ses collaborateurs écrivent à propos de certaines psychoses aiguës dans les états confusionnels et les bouffées délirantes : « Tous ces états se caractérisaient naguère par leur sensibilité aux thérapeutiques de choc. Ils ont ensuite constitué le meilleur champ d'application de la chlorpromazine et de la réserpine. Nous les traitons actuellement de préférence par la prochlorpémazine ou la thiopropérazine qui nous paraissent obtenir des résultats thérapeutiques plus rapides et de meilleure qualité. »

DELAY et DENIKER s'adressent toujours aux neuroleptiques, même dans les cas rebelles : « ...les médicaments neuroleptiques contribuent efficacement à la réduction de ces épisodes psychotiques subaigus : l'utilisation de la chlorpromazine permet ici encore une appréciation initiale de la sensibilité du trouble vis-à-vis de la chimiothérapie, l'évolution spontanément favorable des classiques bouffées délirantes étant hâtée par cette thérapeutique simple.

Bien souvent on a affaire à des manifestations délirantes ou hallucinatoires plus rebelles; on doit alors substituer au médicament de base d'autres neuroleptiques... »

Et conseille au contraire de faire appel à la sismothérapie en cas de résistance de la psychose aux médicaments : « Les neuroleptiques, en raison de leurs actions psycholeptiques, inhibitrices à l'égard de l'agitation, réductrice de l'activité délirante et hallucinatoire, constituent actuellement la médication à laquelle on a recours en premier lieu dans les psychoses aiguës. » Il ajoute plus loin : « Les électrochocs étaient, avant l'emploi des neuroleptiques, la méthode la plus usitée pour raccourcir l'évolution d'une bouffée délirante. Ils ne semblent maintenant indiqués que lorsque après plusieurs jours de cure neuroleptique on n'assiste pas à une défervescence des symptômes. »

A Ravenel, le docteur MORENON soigne toutes les bouffées délirantes avec des neuroleptiques, notamment de l'halopéridol. C'est dans son service que nous avons trouvé quelques-unes des observations suivantes :

OBS. 47. — M. B... André, 23 ans, est interné à Ravenel le 16 juillet 1961 pour une bouffée délirante évoluant sur un fonds de débilité mentale.

Les parents signalent qu'André, insouciant de nature et n'arrivant pas à retenir ses leçons, a toujours été le dernier de la classe à l'école qu'il a fréquentée jusqu'à 14 ans sans obtenir le C.E.P. Il a ensuite travaillé dans la sellerie avec son père jusqu'à son départ pour le service militaire. Il est demeuré pendant 27 mois en Algérie sans avoir de permission. En raison de son fonds de débilité mentale, il aurait été le souffre-douleur de ses camarades de régiment qui auraient notamment réussi à lui faire croire qu'il resterait au moins 5 ans sous les drapeaux. L'atmosphère de

guerre qui régnait à ce moment-là en Algérie lui fut insupportable et il fut très effrayé un jour où son unité fut attaquée de nuit et encerclée pendant 36 heures.

Depuis son retour d'Afrique du Nord, il y a deux mois, il vivait constamment dans la crainte d'être rappelé et il ne supportait aucune conversation sur la guerre qu'il avait connue pendant plusieurs mois.

Une dizaine de jours avant l'hospitalisation, ses parents ont noté l'apparition chez lui d'un état psychopathique aigu caractérisé par des craintes incontrôlées, une réaction violente pour la couleur rouge et des attitudes bizarres. Il avait l'impression que tous les objets qu'il touchait lui faisaient mal ou le piquaient, parlait dans le vide en levant les bras au ciel, présentait un état de désarroi intense avec des idées délirantes polymorphes et fugaces: il a inventé l'électricité et va s'en servir pour arrêter la guerre d'Algérie, a le don de lire dans la pensée des autres, sent qu'on lui comprime le cerveau, etc...

Le traitement commence d'abord par du Largactil injectable pendant 6 jours. A partir du 22 juillet 1961, le malade est soigné par une association de Largactil en gouttes, de Nozinan et de Lucidril. Peu à peu, une amélioration se dessine et à partir du 10 août B... est calme, lucide, critique ses idées délirantes mais conserve un vague fond d'inquiétude.

Il quitte le service le 24 septembre 1961 en sortie d'essai avec un petit traitement d'entretien à base de Largactil. A la dernière consultation de post-cure du 24 septembre 1963 le malade est toujours sociable et travaille régulièrement dans une usine de tissage.

OBS. 48. — Il s'agit de M. FAUC... Raymond, 29 ans, hospitalisé d'urgence à Ravenel le 6 juillet 1962 pour une bouffée délirante accompagnée de riches manifestations psycho-sensorielles.

Le malade, marié et père de 3 enfants, travaille régulièrement depuis 5 ans dans une entreprise de maçonnerie. Aucun antécédent particulier n'est à signaler. Il mène une vie tranquille, compliquée seulement par quelques soucis de logement.

Les circonstances de son hospitalisation à Ravenel ont été assez mouvementées: M. FAUC... était absent de son domicile depuis 10 jours pour une raison professionnelle et il ne devait rentrer qu'à la fin du mois de juillet 1962. Or, le 6 de ce mois, il débarque brusquement chez lui et déclare à sa femme ahurie qu'il est l'émissaire de de Gaulle dans tous les pays du monde, que Dieu lui parle pour lui confier des missions sur terre... Son épouse appelle d'urgence le médecin traitant mais à sa vue le malade entre dans une grande agitation, l'accuse d'être le père de ses enfants, d'avoir tué sa femme... C'est dans cet état qu'il est admis dans le service.

Le certificat de 24 heures est ainsi libellé: « ...présente une bouffée délirante avec idées mobiles, fugaces et changeantes, à thème de grandeur, de persécution, réactions anxieuses et violentes, hallucinations surtout auditives, préoccupations politiques, état général médiocre. »

Le traitement comprend, en dehors des médicaments destinés à relever l'état général, l'association d'Halopéridol et d'Artane.

Au bout de quinze jours, l'humeur est stable et la critique des troubles est obtenue. Seuls persistent quelques troubles du sommeil.

La sortie est accordée le 11 août 1962.

OBS. 49. — Le cas de Mlle AUB... Jeanine est différent des deux précédents en ce qui concerne le traitement. Cette malade de 23 ans a été admise à Ravenel le 26 décembre 1962 pour un état délirant hallucinatoire aigu.

Voici, dans sa sécheresse habituelle le certificat de 24 heures : « Faciès triste, un peu égaré. Thèmes d'empoisonnement, de malveillance et de bienveillance alternés. Hallucinations à prédominance auditives et cénesthésiques. Raptus anxieux réactionnel à des scènes oniriques : fugues, tentative de défenestration. Pensée diffuse discordante. »

Aucun fait notable n'est à signaler dans ses antécédents. C'était une jeune fille timide, de caractère renfermé, s'extériorisant peu et sortant encore moins.

Depuis trois jours environ, elle a sombré brusquement dans un état psychopathique aigu. Elle croit que les bonbons qui lui sont offerts par ses amies sont empoisonnés. Des voix lui parlent pour la commander. Elle est constamment effrayée, voit tous les gens avec une hache à la main. La nuit, elle ne veut pas dormir toute seule et exige la présence de son frère aîné à côté de son lit ; malgré cela, elle jette des regards apeurés autour de sa chambre et ne dort pas du tout. Le 25 décembre 1962 au soir, elle était si effrayée qu'elle avait essayé de se jeter par la fenêtre.

Au début du traitement, il n'a pas été possible de lui appliquer une convulsivothérapie à cause de troubles cardiaques antérieurs. En attendant l'avis du cardiologue elle a subi pendant quinze jours une cure neuroleptique à forte dose, Largactil associé à de l'Artane.

Le 10 janvier 1963, on note seulement une légère amélioration : la malade est calme mais toujours désorientée, hallucinée avec idées de persécution.

Le 11 janvier 1963, le cardiologue donne le feu vert pour la sismothérapie qu'on commence tout de suite. Après le deuxième choc, transformation spectaculaire du tableau : Mlle AUB... est souriante, détendue et se mêle volontiers aux autres malades. Les électrochocs sont arrêtés le 2 février après la huitième séance et on peut dire à ce moment que la malade est guérie. Elle quitte le service le 20 février 1963 avec 30 gouttes de Largactil à prendre le soir.

— Les autres sont pour la *priorité de l'électrochoc* et n'utilisent les neuroleptiques qu'après, pour consolider la guérison.

En 1950, avant l'apparition des neuroleptiques, GÉRARDIN écrivait à propos du traitement des syndromes délirants par la méthode d'anéantissemnt de BINI : « Nous n'avons pas tenu compte de plusieurs bouffées délirantes, états délirants aigus, syndromes confuso-délirants... traités avec succès, car ces « accidents » guérissent tout aussi bien par l'électrochoc simple... » Et il ajoutait : « Le seul intérêt, dans ces cas, de la méthode convulsivante, surtout intensive, est un gain appréciable de temps qui a autant d'importance pour l'état physique du malade que pour son état mental. »

Au colloque international sur la Chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques de 1955, RIGAL et ses collaborateurs avaient déclaré : « Dans les bouffées délirantes... la guérison fut parfois assez rapide, mais dans la plupart des cas elle nous a semblé être obtenue un peu plus tardivement que par sismothérapie. »

Plus près de nous, SINGER résume ainsi la déclaration d'EBTINGER et ses collaborateurs à la réunion de Psychiatrie de l'Est, du 12 mai 1962 : « Les auteurs exposent les conclusions de leurs études comparatives des modalités évolutives des états délirants aigus, sous traitement neuroleptique et sous sismothérapie... accordant à l'électrochoc une efficacité nettement supérieure, tant en ce qui concerne les résultats immédiats qu'éloignés. » Puis il ajoute plus loin : « Mais la confrontation des modes évolutifs sous neuroleptiques majeurs (thiopropérazine et butyrophénones) et sous électrochoc confirme néanmoins que l'électrochoc comporte fréquemment la possibilité d'une abréaction post-choc initiale suivie d'une reprise de soi avec refoulement amnésiant secondaire dont les traitements neuroleptiques n'offrent pas l'équivalent, reste une méthode thérapeutique qui doit conserver une place de choix dans le traitement des états psychotiques aigus. »

OBS. 50. — Mlle CLE... Gabrielle, âgée de 18 ans, est une débile mentale légère assez influençable et émotive. Issue d'une famille très unie, elle est affectueuse avec ses trois frères et ses deux sœurs. Aucun antécédent particulier n'est à noter. Elle est fiancée à un jeune homme de 23 ans très attaché à elle. Le mariage était fixé au mois d'août 1963 et les deux futurs époux préparaient la cérémonie dans ses moindres détails.

C'est dans ce climat de bonne entente familiale et pré-conjugale qu'éclate brusquement le drame: le 14 avril 1963 au soir, en sortant du cinéma où elle est allée avec son fiancé, la jeune Gabrielle entre dans une agitation psychomotrice intense et tente de se jeter dans une rivière. Son compagnon eut du mal à l'en empêcher tant elle se démenait et criait. Elle est alors hospitalisée d'urgence à Ravenel le 15 avril 1963.

Pendant l'examen d'entrée, la malade est calme, lucide, bien orientée; elle pleure par intermittence et manifeste des idées délirantes mal systématisées à thème de malveillance avec hallucinations auditives: « On disait que je « marchais » avec le patron. Oui il m'embêtait... il est déjà très vieux. On disait aussi de mon fiancé que c'était une famille de rien... Toutes mes collègues me regardent de travers. Leurs voix méchantes me poursuivent partout... Je les entends partout...

Elle avoue s'être beaucoup surmenée ces derniers jours et avoir abusé de café. Elle est incapable de critiquer ses troubles. Il semble que c'est pour échapper à ses hallucinations auditives qu'elle avait tenté de se suicider.

Les différents examens ne décèlent aucune anomalie: le FO est normal, l'EEG ne montre aucun signe de comitialité, la calémie est normale.

Le traitement commence par une série de 8 électrochocs espacés qui amène rapidement une grande amélioration. Les idées délirantes et les hallucinations ont disparu. Cette amélioration est consolidée par une cure de Dominal fort.

La jeune fille quitte le service le 15 mai 1963 complètement guérie. Elle ne conserve apparemment aucun souvenir de sa bouffée délirante aiguë.

OBS. 51. — Elle concerne Mme GAER... Marie-Louise, 42 ans, mariée à un adjudant, 3 enfants; elle est hospitalisée à Ravenel le 23 février 1963 pour bouffée délirante aiguë sur fond d'anxiété constitutionnelle. Cet état est réactionnel au dépaysement. En effet la malade habitait autrefois à Nancy près de son frère, puis à la

suite d'un déménagement, elle s'est trouvée brusquement seule dans un pays inconnu et sans un logement confortable.

Dans les antécédents, de nombreux éléments sont à noter: syndrome choréique à l'âge de 12 ans, ligature des trompes après le troisième accouchement, léger état dépressif habituel, aggravé après chaque maternité. De plus, son mari est resté 6 ans en Algérie et au cours de chaque permission, il se livrait à de véritables marathons sexuels qui traumatisaient beaucoup son épouse au point de vue psychique. Il profitait aussi de son séjour en France pour aménager une petite maison qu'il a achetée dans son village natal pour s'y retirer après sa retraite.

Brusquement il décida, en juillet 1962, d'y faire habiter sa femme et ses enfants. Mme GAER... n'y opposa aucune résistance et elle se trouva tout d'un coup dans un village, entourée de gens inconnus alors qu'auparavant elle habitait dans la même maison que son frère. En plus, le mari, rentré d'A.F.N., jugea préférable de rester travailler à plusieurs kilomètres de là et de ne rentrer chez lui qu'en fin de semaine.

C'est sur ce fonds psychique assez traumatisé qu'éclate la bouffée délirante.

A l'entrée, la malade est anxieuse, présente de multiples hallucinations à prédominance auditive et des thèmes délirants incohérents : « Quand je me couche la tête bourdonne, tourne... j'ai tellement entendu les bruits, les avions, j'ai même entendu Hitler qui est revenu... je dois être sur le bûcher à Belmont, je me suis vue brûler... » D'autre part l'humeur est dépressive avec asthénie, sentiment d'inhibition importante, dégoût, désintérêt, apragmatisme.

Cet état s'améliore très rapidement sous l'influence d'une cure par 10 électrochocs espacés. On la fait suivre d'une dose très minime de Théralène et Mme GAER... peut quitter le service le 4 avril 1963 complètement guérie. Cette guérison persiste à la consultation de post-cure du 10 décembre 1963.

OBS. 52. — A son entrée à l'hôpital, le 4 octobre 1963, Mme WEI... Christine, 38 ans, présentait une bouffée délirante réactionnelle à une situation très difficile et évoluant sur un fonds de débilité mentale légère. En effet, elle présentait des troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes à thème de persécution et à substratum hallucinatoire, entraînant de graves troubles du comportement, des fugues eupraxiques et mnésiques, des idées de suicide. Elle éprouvait le sentiment d'une hostilité concertée d'autrui et l'on notait chez elle un état continu de perplexité et de surveillance anxieuse. Tous ces troubles entraînaient des symptômes de la série dépressive: pleurs, regrets, découragement, certitude d'une catastrophe imminente.

Les WEI... constituent le type même de la famille misérable. Elle se compose d'un père éthylique notoire, d'une mère débile légère, de 6 enfants dont l'aîné qui a 14 ans n'hésite pas à frapper sa mère et d'une belle-mère éthylique et agressive. Tout ce monde est entassé dans une petite maison où les conditions d'hygiène sont déplorables. Mme WEI... souffrait dans ce milieu de misère physiologique et morale. Cette souffrance fut aggravée en 1962: en effet, la malade fut accusée de vol et condamnée alors qu'elle se disait innocente. Depuis cette date, elle était devenue méfiante, réticente et toujours inquiète.

A signaler que son mari était hospitalisé en même temps qu'elle à Ravenel pour subir une cure de désintoxication.

Etant donné la gravité des troubles, la malade fut mise en confusion par une série de 12 E.C. très rapprochés. Elle sort

de sa confusion vers le début du mois de novembre 1963: elle est lucide et toute l'activité délirante a disparu.

On consolide cette amélioration par une cure de Témentil associé à de l'Artane et de l'Equanil.

Le 1^{er} décembre, la guérison est totale et Mme WEI... peut quitter l'hôpital. Il a fallu cependant la garder encore car le service social essayait de trouver un logement pour les soustraire, elle et son mari, à l'influence néfaste de la belle-mère.

Finalement elle sort définitivement le 18 janvier 1964 avec du Témentil. de l'Artane et de l'Equanil à prendre chez elle.

A la consultation de post-cure du 4 mars 1964, la guérison persistait et il y avait une bonne entente avec le mari.

— Enfin, il existe une catégorie d'auteurs qui préconisent *l'association de l'électrochoc et de la chimiothérapie*.

LACASSIN, s'appuyant sur une étude de 150 cas, écrit : « Le premier but de la thérapeutique, c'est-à-dire la liquidation symptomatique des éléments cliniques graves, répond d'une manière indifférente aux diverses méthodes biologiques. C'est l'association des électrochocs et des cures neuroplégiques qui constitue le procédé le plus souple et le plus sûr. »

CHEVALLIER est du même avis : l'administration de neuroleptiques ajoutés à l'électrochoc donne une meilleure efficacité à la cure car les résultats deviennent plus constants et plus rapides.

VERMOREL et ses collaborateurs écrivent : « L'électrochoc garde, là aussi, certaines indications, surtout dans les formes où l'agitation du début est importante. Nous l'avons employé, dans plusieurs cas, en association avec les neuroleptiques. » Ils soulèvent ensuite le problème des bouffées délirantes aiguës qui constituent des syndromes d'invasion schizophrénique : « On peut se demander si l'électrochoc ne garde pas, là encore, des indications;... Le témentil donne donc ici des résultats incomparablement supérieurs à ceux de la chlorpromazine; mais l'action de l'électrochoc n'est pas pour autant éclipsée. Dans plusieurs cas, nous avons pratiqué une association des deux traitements. »

OBS. 53. — Mlle P... Solange est, à l'âge de 33 ans, une célibataire hyperémotive et sensible, vivant avec une mère asthmatique et un père éthylique. Quelques maladies assez graves sont à noter dans ses antécédents: coqueluche, ictère, purpura rhumatoïde et appendicite. Depuis l'âge de 14 ans elle vit chez ses parents sans aucune activité professionnelle.

En 1949, à la suite d'une déception sentimentale, elle fait un épisode d'anorexie mentale avec aménorrhée définitive. Elle est soignée pendant 10 jours à l'hôpital de Nancy, mais depuis cette date, elle se replie sur elle-même, ne sortant plus de chez elle, ne fréquentant plus d'amies de son âge et passant son temps à lire.

En novembre 1961, la famille P... déménage et tombe sur des voisins grossiers et agressifs qui entrent rapidement en conflit avec elle.

C'est sur ce fonds de déséquilibre hyperémotif, exacerbé par les disputes incessantes avec les voisins, qu'éclate la bouffée délirante avec une brusquerie étonnante. En effet, le 22 novembre 1961,

la malade est en proie à des hallucinations auditives avec syndrome d'influence : « Je sens qu'il y a au-dessus de moi une personne qui m'observe... j'agis sous hypnotisme... Même quand je ne parle pas, j'entends la voix des voisins répéter ce que je pense... Une fois j'ai dit à ma mère: il ne fait pas bon ici, on dirait que les murs sont des microsillons. Les voix ont alors répondu: elle est folle, elle croit qu'il y a des microsillons... ». Le délire continue ainsi, dominé par la voix malveillante des voisins et entrecoupé parfois d'idées d'auto-accusation, de culpabilité et d'auto-dépréciation. La nuit elle fait des cauchemars terrifiants et le jour, elle reste prostrée, refusant toute alimentation. C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée à Ravenel le 23 novembre 1961.

On entreprend dès l'entrée un traitement confusionnel avec une série de 12 électrochocs associée à du Frenquel et à du Largactil.

L'état mental s'améliore rapidement dès la sortie de confusion. On continue le Frenquel et le Largactil. Mlle P... quitte le service le 13 janvier 1962 complètement guérie de sa bouffée délirante. Elle doit prendre de petites doses de Largactil chez elle.

A la visite de post-cure du 20 juin 1963, son état mental est très satisfaisant malgré la même ambiance familiale et les mêmes conflits avec les voisins.

OBS. 54. — Mme GRA... Marie, 62 ans, est transférée à Ravenel, de l'hôpital d'Epinal où elle était soignée pour coups reçus sur la tête. Elle présentait des idées délirantes de persécution très floues et expansives avec hallucinations esthétiques. Ce délire, sans aucune systématisation et très échevelé, engendrait une anxiété vive et des insomnies tenaces. Elle ressent aussi un sentiment d'une hostilité d'autrui sous la forme « de marins qui viennent en bateau pour tuer les gens et s'emparer de leur argent... ».

Dans ses antécédents, en dehors des maladies banales de l'enfance, il faut signaler une sœur internée de longue date à Ravenel et une grande frayeur au cours d'un bombardement en 1944. En plus de cela, il faut aussi ajouter que la malade, mariée à l'âge de 25 ans, n'a jamais pu avoir d'enfants et en a beaucoup souffert.

Bonne tisserande, toujours d'humeur égale, Mme GRA... était bien estimée par ses patrons et ses collègues. Le 10 décembre 1962 elle reçoit des coups de navette sur la tête et cela entraîne quelques blessures. Elle est alors hospitalisée à Epinal et c'est là qu'apparaissent brusquement les troubles actuels. Dès son entrée à Ravenel, le 20 décembre 1962, elle est soignée avec l'association d'une série de 10 électrochocs, de Frenquel et de Téméntil.

La sismothérapie est arrêtée le 12 janvier 1963; on note alors une période de confusion intense à l'issue de laquelle le délire disparaît complètement. La malade est bien orientée, sociable et cherche constamment à s'occuper. Il faut cependant signaler qu'elle présentait un tremblement digital de type parkinsonien qu'il a fallu soigner énergiquement à l'aide d'Artane et de Dissipal.

Elle quitte le service le 9 février 1963 complètement guérie de sa bouffée délirante.

A la consultation de post-cure du 4 mars 1964, l'état mental est bon. Mme GRA... prend toujours de petites doses de Téméntil et de Librium.

OBS. 55. — La vie de Mme GEG... Yvette, actuellement âgée de 31 ans et mère de 4 enfants, n'a été qu'une suite de désillusions. Son enfance et son adolescence se sont écoulées entre une

mère cardiaque et un père alcoolique què plusieurs cures de désintoxication n'ont jamais réussi à rendre sobre. Elle croit trouver le bonheur en se mariant en 1953 avec un ouvrier d'une usine de tissage mais, là encore, des conflits conjugaux incessants ont balayé tous ses espoirs. La naissance de quatre enfants lui fait accepter son sort et sa résignation fut exemplaire.

Le 19 avril 1963 elle est internée à Ravenel pour un état délirant hallucinatoire aigu se manifestant par des hallucinations multisensorielles à prédominance auditive et une incohérence totale des propos.

Cet état psychotique est apparu brusquement le 15 avril: le mari remarque par moments que sa femme a le regard fixe et marmonne des paroles incohérentes: « J'ai réduit mes enfants en poussière... la mort va arriver dans 5 minutes... » Depuis ce moment-là, elle délaisse ses enfants et son ménage, fugue la nuit à demi vêtue et déverse sans arrêt des propos délirants.

La thérapeutique entreprise aussitôt comprend une série de 12 électrochocs et du Largactil en gouttes. A partir du 20 mai, la malade est complètement sortie de confusion; elle est calme, souriante, ne parle plus de ses hallucinations antérieures.

Elle quitte le service le 8 juin 1963 en très bon état mental et physique. Elle est revue en post-cure le 17 décembre 1963: elle est un peu asthénique mais son état psychique est meilleur par suite d'une meilleure entente avec son mari.

Le traitement des bouffées délirantes en dehors des cas où l'étiologie est décelable, offre une grande place à la sismothérapie. En est-il de même dans cette autre psychose aiguë qu'est la confusion mentale ?

LES ÉTATS CONFUSIONNELS

Comme pour les bouffées délirantes, la conduite thérapeutique des états confusionnels est tout d'abord dictée par les facteurs étiologiques. Lorsque la confusion mentale est secondaire à une affection connue, le traitement de la maladie causale est aussi celui de la confusion. Ce sont surtout les causes toxi-infectieuses que l'on rencontre le plus souvent. BERTHIER écrit à ce sujet : « Modèle type de la psychose exogène, ses rapports avec les facteurs toxi-infectieux sont depuis longtemps et très classiquement connus (REGIS), c'est pourquoi la recherche étiologique est toujours apparue comme un problème capital. »

Nous avons trouvé des cas de confusion mentale où le traitement de la cause a fait disparaître les troubles psychotiques.

OBS. 56. — Il s'agit de M. MOU... Maurice, 56 ans, hospitalisé à Ravenel le 5 octobre 1957 pour troubles confusionnels avec hallucinations visuelles et auditives, apparus au décours d'une affection fébrile de type grippal.

Le malade, marié mais sans enfants, a déjà présenté un épisode identique en 1956 à la suite d'une bronchite. La guérison a été spontanée et rapide. Il n'y a rien d'autre à signaler dans ses antécédents.

A l'admission dans le service, M. MOU... présente un état confuso-onirique intense avec agitation incohérente. La température est élevée et persistera encore pendant une quinzaine de jours avec des clochers à 40° le soir. L'examen physique ne révèle que des signes de bronchite avec quelques manifestations d'insuffisance

cardiaque. Au point de vue biologique, on note une vitesse de sédimentation augmentée et une anémie importante avec séro-diagnostic négatif aux séries typhiques et paratyphiques.

Les radiographies pulmonaires montrent une image de sclérose pulmonaire gauche et, à droite, une importante fibrose généralisée avec pleurite adhérencielle de la base. Le pronostic vital est réservé en raison de l'altération profonde de l'état général avec amaigrissement et déshydratation intense.

Le traitement entrepris d'urgence est surtout à base d'antibiotiques (tifomycine et trisulfasine-auréomycine), de tonicardiaques et de vitamines. Le malade ne reçoit aucun neuroleptique ni aucun tranquillisant.

Au bout de trois semaines de soins énergiques, la situation désespérée du début commence à s'améliorer progressivement et il a fallu attendre le 15 novembre 1957 pour pouvoir dire que le malade était hors de danger. Les troubles mentaux ont disparu en même temps que l'hyperthermie.

M. MOU... quitte le service le 30 novembre 1957 avec un état mental et physique très satisfaisant.

Au cours de notre fouille dans les dossiers des services, nous avons trouvé l'observation suivante qui est bien curieuse :

OBS. 57. — M. IHL... Jean, 50 ans, imprimeur de son métier, est admis dans le service le 30 mai 1959 pour un état confusionnel avec obtusion intellectuelle totale, désorientation temporo-spatiale, amnésie de fixation compensée par une fabulation pauvre.

Ces troubles sont apparus brusquement le matin même du jour de l'hospitalisation. M. IHL... s'est levé comme d'habitude à 7 heures du matin, prend son petit déjeuner mais au lieu de se rendre à son travail, il retourne se coucher, chose qu'il ne faisait jamais. Il dort à poings fermés et lorsque son fils va le réveiller, vers midi, il constate que son père a l'air complètement perdu, ne se souvenant plus de rien et ayant des attitudes bizarres (il urine par la fenêtre ouverte...). Il se laisse conduire à l'hôpital sans opposer de résistance.

Dès l'entrée, le malade reçoit un traitement uniquement à base de vitamines. Un EEG fait d'urgence évoque la possibilité d'une tumeur cérébrale. Il est alors transféré le 6 juin à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pour examens complémentaires et sanction thérapeutique éventuelle. Les différentes investigations montrent alors un œdème papillaire bilatéral du F.O. et des signes de compression après artériographie gazeuse. Devant la présomption de tumeur cérébrale, les neuro-chirurgiens décident d'intervenir le 17 juin. A ce moment M. IHL... est toujours dans le même état de confusion mentale avec désorientation, etc...

Le 17 juin donc, l'intervention a eu lieu (volet temporo-pariétal), mais aucune tumeur n'est trouvée. Deux jours après, le malade récupère complètement ses facultés intellectuelles et revient intégralement à son état antérieur.

Le 12 juillet 1959 il rentre tranquillement chez lui sans aucun souvenir de son état confusionnel.

Cependant, sur le plan étiologique, il n'est pas toujours possible de retrouver les facteurs déclenchants. Il faut alors faire appel aux thérapeutiques générales, c'est-à-dire, soit à la sismothérapie, soit à la chimiothérapie.

BERTHIER, comme certains autres psychiatres, donne la *priorité* à la *psycho-pharmacologie* lorsqu'il écrit : « D'une façon très générale,

la plupart des neuroleptiques ont pu donner des succès spectaculaires dans les accès confusionnels. C'est ainsi que la chlorpromazine devait, dès son apparition, se révéler comme une arme thérapeutique majeure. » Cependant il ajoute, plus loin : « Bien que la part des neuroleptiques soit fort importante, capitale parfois, on ne saurait sur eux seuls compter pour rétablir une situation souvent biologiquement fort perturbée. L'étiologie perd un peu de l'importance qu'elle avait. La connaissance meilleure des troubles hydro-électrolytiques, des troubles de l'énergétique cérébrale, la possibilité d'interroger fréquemment l'excitabilité neuro-musculaire par le rhéotome de Pluven et Guiot, tout cela a permis des progrès remarquables dans le traitement des états confusionnels. »

DELAY et ses collaborateurs déclaraient, en 1952, que dans le traitement des états de confusion mentale, avec la chlorpromazine, ils enregistraient des guérisons et des rémissions dans des délais plus courts qu'avec l'électrochoc. Leur position n'a pas changé depuis lors, puisque DELAY et DENIKER écrivent en 1961 : « On sait que la confusion mentale proprement dite est rapidement réduite sous l'action des neuroleptiques, en général plus précocement que le syndrome d'excitation... Dans le traitement des confusions symptomatiques et des « psychoses exogènes aiguës » de la nosologie allemande, les neuroleptiques sont efficacement associés à la thérapeutique proprement étiologique. »

L'exemple qui va suivre illustre bien cette dernière affirmation.

OBS. 58. — M. COL... Roger, 36 ans, mécanicien de son métier, a contracté le 15 janvier 1961 une affection ourlienne compliquée d'une orchite. Il a été soigné énergiquement par des antibiotiques et des corticoïdes mais reste très abattu avec vomissements très fréquents et céphalées intenses Deux jours avant son hospitalisation à Ravenel, le malade est entré dans un état confusionnel avec de nombreuses idées délirantes surtout à thème mystique : parle beaucoup de la Sainte Vierge... son fils appelé Christophe est en réalité St Christophe... Dieu est le soleil, etc...

On peut invoquer à l'origine de cet état tout d'abord une certaine participation de fragilité psychique : la mère du malade a été en effet traitée pour une dépression nerveuse, une de ses sœurs aurait été soignée pour la même affection ; on peut invoquer aussi le facteur infectieux qui avait été sérieux chez lui puisqu'il avait entraîné une orchite et quelques signes méningés.

Quoi qu'il en soit, M. COL... est admis d'urgence à Ravenel le 1^{er} février 1961 pour un état confuso-délirant subaigu avec mobilité extrême de l'humeur, des éléments maniaques et une prédominance d'éléments mystiques et érotiques. Il présente en plus une anxiété très vive et une extrême instabilité caractérielle.

Dans le pavillon il fait preuve d'une grande agitation psychomotrice, cassant des carreaux, bousculant les autres malades et déversant un flot de paroles incohérentes.

Il reçoit dès l'entrée du Largactil IM associé à une vitaminothérapie intensive. A partir du 17 février 1961, on transforme le Largactil en gouttes et on lui associe du Melleril et du Procalmadiol. L'agitation du malade se calme peu à peu et il émerge progressivement de sa confusion. Il quitte le service le 4 mars 1961 complètement guéri de l'affection qui avait motivé l'internement.

La dernière consultation de post-cure date du 2 octobre 1962 : M. COL... est calme, bien à l'aise et travaille régulièrement depuis plusieurs mois déjà sans aucun incident.

Nous voudrions citer maintenant le cas d'une malade où l'électrochoc a été défavorable et où des psychotoniques ont amené une bonne guérison.

OBS. 59. — Il s'agit de Mme C..., Suzanne, âgée de 25 ans, qui vient du Centre Hospitalier d'Epinal où elle était soignée pour un coma oxycarboné compliqué probablement d'une petite intoxication barbiturique. C'est une jeune femme sans antécédents familiaux, collatéraux ou personnels psychiatriques. Issue d'une famille unie, elle a eu une enfance et une adolescence normales. Diplômée de puériculture, elle a travaillé plusieurs années dans un hôpital de la région parisienne puis se marie à l'âge de 21 ans avec un ingénieur. L'entente conjugale, déjà très bonne, est cimentée par la naissance d'une petite fille âgée de 3 ans au moment de l'internement de sa mère.

Elle est d'un caractère hyperémotif, craintif, scrupuleux et très hésitant.

Les premiers troubles ont commencé en novembre 1961 par une déficience de l'état général avec asthénie, labilité de l'humeur, insomnie. Cet état, inexplicable pour la famille, n'altère pas les rapports avec l'entourage et ne diminue pas l'activité habituelle. Brusquement, en revenant de son travail à midi, son mari la trouve, le 12 mars 1962, inanimée dans la cuisine, les robinets de la cuisinière à gaz grands ouverts. Il a été impossible d'évaluer la durée de l'intoxication oxycarbonée.

La malade est transportée d'urgence au Centre Hospitalier d'Epinal d'où elle est dirigée vers Ravenel le 14 mars 1962.

A l'entrée on note un état de confusion mentale profonde, avec mutisme, opposition aux soins et incontinence. Mme C... ne répond aux questions que par des marmonnements inintelligibles. Par ailleurs, l'état général est très déficient par suite d'amaigrissement, de déshydratation et d'une urémie à 2 g.

On entreprend tout de suite des électrochocs mais, dès la première séance, l'état de la malade s'aggrave brutalement. On arrête alors la sismothérapie et on institue un traitement à base de Lucidril. Peu à peu, Mme G... récupère sa lucidité et une partie de ses souvenirs, mais il persistera toujours une amnésie lacunaire portant sur la période pathologique. Elle conservera aussi une inertie mentale, une absence d'initiative et d'intérêt, une perte de l'attention spontanée qui la rendra incapable de fixer ses souvenirs et de faire des acquisitions nouvelles.

Elle quitte le service le 2 mai 1962.

D'autres psychiatres utilisent d'abord des neuroleptiques, mais sont toujours prêts à faire appel à la sismothérapie en cas de besoin. Ainsi GUIRAUD écrit : « Plusieurs auteurs pratiquent l'électrochoc dans la confusion mentale. Je n'en suis partisan que tard, dans les formes trainantes, comme activateur du diencéphale. »

EY, lui aussi, est à peu près du même avis : « Le syndrome confusionnel, l'agitation et les perturbations neuro-végétatives qui les accompagnent sont en général rapidement réduits par les neuroleptiques. » Et il ajoute : « Contre l'agitation l'électrochoc peut être utilisé, soit comme thérapeutique d'urgence (DELAY) contemporaine des thérapeutiques qui s'adressent aux perturbations neuro-végétatives et métabo-

liques, soit un peu plus tard, après rétablissement de l'état somatique, pour nettoyer les troubles mentaux résiduels. »

OBS. 60. — Mme G... Marie-Jeanne, 26 ans, est admise dans le service le 6 mars 1962 pour un état confusionnel avec divagations délirantes à thème de malveillance et périodes d'agitation avec des crises de type hystériforme. Il faut signaler tout de suite que sa mère a fait plusieurs séjours à Ravenel pour éthylisme chronique. Ses antécédents personnels sont marqués par plusieurs incidents. En effet, après avoir fréquenté l'école jusqu'à 14 ans sans obtenir son C.E.P., la malade est obligée d'aider ses parents dans la culture. Cette occupation ne lui plaît pas du tout et son père doit la stimuler sans arrêt pour qu'elle travaille. Elle se marie en 1959 et un an après elle accouche difficilement d'un bébé en bonne santé. Les suites de couches sont perturbées par un syndrome dépressif soigné à grand peine à domicile. En 1961, deuxième accouchement, mais cette fois-ci tout se passe bien.

Les troubles actuels ont commencé le 3 mars 1962 par une agitation psychomotrice avec insomnie et anorexie. Mme G... fait plusieurs fugues : elle sort de chez elle et court à corps perdu dans le village. Le 6 mars, l'agitation atteint son paroxysme : la malade se débat nerveusement, pousse des hurlements et se roule par terre. C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée à Ravenel.

A l'entrée, Mme G... est calme, désorientée et présente des idées délirantes à thème de malveillance : « J'ai peur de ma sœur qui me dispute toujours... au village les gens croient que je suis une paresseuse... » Au cours de la nuit, elle se met brusquement à hurler, croyant voir un serpent s'enrouler autour d'elle. Elle paraît très effrayée, réclame toutes les infirmières auprès d'elle et regarde sans arrêt au plafond.

On la met tout de suite au Largactil injectable. L'agitation se calme progressivement mais les idées délirantes sont intactes. C'est ainsi qu'à partir du 22 mars, la malade reçoit une série de 5 électrochocs, à raison d'un tous les trois jours. Vers le 12 avril, les idées délirantes ont complètement disparu mais la jeune femme reste toujours craintive. On continue le traitement par une association de Largactil et de Théralène per os et lorsque Mme G... quitte le service, le 28 avril 1962, elle est sociable, plus ouverte et plus détendue.

En somme, la sismothérapie a balayé les troubles mentaux qui ont résisté à l'action du Largactil et a consolidé l'amélioration obtenue par ce dernier.

La suprématie de l'électrochoc est cependant reconnue par d'autres auteurs.

ABELY affirme : « ...depuis longtemps a été signalé l'heureux effet de la sismothérapie sur les états confusionnels. Des guérisons ont été rapportées par de nombreux auteurs (DELAY, MARTIMOR, RONDEPIERRE, TISON, VILLEY...). » Puis il attaque plus loin les partisans de la chimiothérapie : « Je suis péniblement surpris quand j'entends, dans le traitement de la confusion, préconiser par priorité et à hautes doses toute la gamme associée des médications calmantes modernes, dont on ne saurait affirmer l'innocuité, et je demande grâce pour les cellules corticales épuisées de nos pauvres confus. »

POROT est plus catégorique encore en écrivant à propos de la confusion mentale : « Dans ses formes initiales, comme dans ses formes

traînantes, elle relève des thérapeutiques de choc (électrochocs en particulier, quand une affection organique sérieuse ne les contre-indique pas). »

VERMOREL et ses collaborateurs terminent ainsi leur étude sur les neuroleptiques en psychiatrie (à propos de 700 observations) : « Nous dirons, en terminant, que l'électrochoc garde, à notre avis, une supériorité sur les neuroleptiques dans les mélancolies franches et les confusions mentales aiguës. »

Les observations suivantes concernent des malades qui n'ont pas pu recevoir des neuroleptiques mais qui ont été guéris par la sismothérapie.

OBS. 61. — Elle concerne Mlle L... Claire, 21 ans, hospitalisée à Ravenel le 18 octobre 1961 pour confusion mentale réactionnelle à un choc affectif. La malade vivait à la campagne avec ses parents cultivateurs et ses deux frères, âgés respectivement de 23 et 8 ans. L'atmosphère familiale était très bonne et il existait un grand degré de compréhension, même de profonde amitié, entre les parents et leur fille. Le père, dur au travail, ne la forçait jamais à la tâche lorsqu'il la voyait fatiguée par moments.

En 1960, la jeune fille se fiança avec un militaire qui lui envoya une lettre de rupture en juillet 1961. Ce fut la cause déclenchante des troubles actuels : la malade, très touchée par ce choc affectif, devient taciturne et s'occupe sans entrain. Les parents comptaient sur le temps pour cicatriser la plaie au cœur de Claire. Malheureusement, les troubles allaient en s'aggravant et le 8 octobre 1961 on notait une asthénie intense avec des manifestations psychomotrices impulsives.

À l'entrée, les symptômes suivants étaient notés : regard flou et lointain; désorientation temporo-spatiale; extériorisation d'idées délirantes polymorphes, mobiles et fugaces; hallucinations auditives et visuelles : « ...j'entends pleurer autour de moi... je sens mes intestins geler dans mon ventre... » Le tout était coloré par des préoccupations mystiques : « ...la Vierge m'a dit que j'étais folle et qu'elle allait me guérir... »

Une série de 6 électrochocs groupés amena une amélioration spectaculaire de l'état mental. Une cure de Largactil fut alors instituée pour relayer la sismothérapie, mais l'apparition brutale d'un ictere la fit suspendre au bout de trois jours. Aucun autre neuroleptique ne fut donné par la suite. Cependant l'amélioration obtenue par les électrochocs persista et lorsque la jeune fille quitta le service, le 21 novembre 1961, elle était complètement guérie.

OBS. 62. — M. MEN... Amédée, frère du malade de l'observation 23, est âgé de 76 ans lorsqu'il est hospitalisé à Ravenel le 10 octobre 1960 pour des troubles confusionnels séniles avec idées délirantes polymorphes non systématisées, agitation incohérente, fausses reconnaissances, vagues idées de persécution et de préjudice. On possède peu de renseignements sur ses antécédents : on sait seulement qu'il avait travaillé longtemps dans la ferme paternelle, qu'il était en Turquie pendant la première Guerre Mondiale et qu'ensuite il était tanneur jusqu'à sa retraite.

Il s'était marié en 1920; il avait eu par suite 5 enfants dont 3 seulement sont actuellement en vie.

Dès son entrée à Ravenel, M. MEN... se fait remarquer par une désorientation temporo-spatiale complète et une attitude incohérente. Il déclare qu'il est venu à l'hôpital en pénitence, pour expier tous les crimes commis. De temps en temps il fond en larmes

ou se met à genoux pour prier. Parfois il se cache sous son lit en hurlant car il croit voir des gens avec des torches à la main, venus exprès de l'extérieur pour incendier l'hôpital. En plus, il refuse absolument de prendre la moindre nourriture et lorsqu'on le force à manger il vomit immédiatement le tout. Ces vomissements incoercibles résistent à tous les antispasmodiques et retentissent dangereusement sur l'état général.

Toutes les thérapeutiques symptomatiques (perfusions, extraits hépatiques, vitamines) échouent. Il en est de même pour le Largactil qu'on donne au malade seulement pendant une semaine à cause de quelques réactions d'intolérance.

Le 1^{er} novembre 1960, l'état du malade est grave et rien ne permet d'espérer une amélioration future. L'urée sanguine s'élève de plus en plus. Après une longue et douloureuse hésitation, le médecin se décide à recourir aux électrochocs : deux séances de sismothérapie ont suffi pour faire disparaître complètement les troubles mentaux et en même temps les vomissements. L'urée se régularise aussi. M. MEN... est alors calme, lucide, s'alimente bien et s'intègre à la vie du pavillon en s'intéressant aux jeux et à la télévision.

Lorsque le vieillard quitte le service, le 26 novembre 1960, il est complètement transformé et on peut dire qu'il doit la vie à deux séances de sismothérapie.

OBS. 63. — M. MA... Jean, 49 ans, est un Polonais d'origine, naturalisé Français en 1953. Il est admis dans le service le 4 juin 1963 dans un état stuporeux avec mutisme, raideur de l'attitude, désorientation et mauvais état général.

Ses antécédents montrent qu'il a eu une vie assez agitée et marquée par de nombreux traumatismes affectifs. Dès l'âge de 14 ans, il a commencé à travailler dans une entreprise de maçonnerie pour aider son père à subvenir aux besoins d'une nombreuse progéniture. En raison de son jeune âge il ne peut suivre le rythme du travail et il est vite licencié. Il changera encore plusieurs fois d'emploi avant de quitter la Pologne en 1937 pour venir en France.

En 1939, il est mobilisé; il est tout de suite fait prisonnier par les Allemands et passe 5 ans en captivité dans les sinistres camps de concentration. Il est libéré en 1945 par les troupes russes; il retourne alors en France pour y travailler de nouveau mais il lui a fallu plusieurs années pour oublier les épreuves endurées en Allemagne.

En 1959, il fait un état d'excitation en rapport avec une intoxication éthylique. Il est soigné à Ravenel et depuis cette date il abandonne complètement la boisson.

Les troubles actuels ont commencé une semaine environ avant l'hospitalisation par de l'asthénie, de l'insomnie et des préoccupations hypochondriaques.

A l'entrée, M. MA... est confus, refusant toute nourriture et s'opposant énergiquement à tous les soins. Tous les examens pratiqués se révèlent négatifs. Le traitement comprend une série de 6 électrochocs et des perfusions avec vitaminothérapie intensive.

Dès le deuxième choc, le malade sort de son mutisme mais il est confus, désorienté, incapable d'une conversation suivie. On continue la sismothérapie mais on lui associe du Lucidril intraveineux.

La sismothérapie est arrêtée le 20 juin 1963. Le Lucidril sera continué jusqu'à la sortie du malade, le 3 août 1963: il est à ce moment complètement lucide, souriant et en très bon état général.

Nous voyons donc que l'électrochoc seul est capable d'améliorer, de guérir même, les états confusionnels. Cependant nous pensons qu'actuellement il est rare de voir un confus être hospitalisé et ne pas recevoir de neuroleptiques. La gamme de ces derniers est tellement variée que chaque malade en reçoit pour calmer son agitation, vaincre une insomnie, etc..., même s'il doit être traité par sismothérapie par la suite.

Ainsi VERMOREL et ses collaborateurs expriment l'avis de nombreux auteurs lorsqu'ils *préconisent l'association de l'électrochoc et de la chimiothérapie* : « Nous ne pensons pas que l'apparition des neuroleptiques ait, en ce domaine, éclipsé l'action de l'électrochoc qui garde, ici, une de ses meilleures indications... Notre préférence va à une association électrochoc et chlorpromazine ou électrochoc et prochlorpémazine. Les neuroleptiques seuls seront employés dans les confusions mentales subaiguës ou dans les cas rares où les électrochocs sont contre-indiqués. »

OBS. 64. — Mlle G... Blanche est une solide campagnarde de 49 ans qui exploite à elle seule une ferme et plusieurs vergers. Très dynamique, elle conduit elle-même son tracteur, fait tous les travaux des champs et s'occupe aussi de sa vieille mère âgée de 82 ans. Elle se surmène donc beaucoup physiquement.

Rien ne pouvait plus perturber cette ambiance de travail qu'une histoire d'héritage et c'est ce qui arriva : un notaire se présenta au mois de mai 1960 chez la malade et lui annonça la mort d'un oncle qui léguait ses biens à elle et à son frère. La cupidité entra donc en jeu et ce fut le début des troubles : Blanche avait peur d'être volée par son frère; elle se repliait peu à peu sur elle-même, devenait méfiante et au cours d'une discussion violente à propos du fameux héritage elle se précipita sur son frère en brandissant un couteau et en proférant des propos décousus. Le médecin de la famille, appelé d'urgence, prescrivit de l'Equanil et tout rentra dans l'ordre.

Depuis le 25 août 1960, réapparition des troubles avec agitation intense. La gravité du tableau obligea les parents à hospitaliser Mlle G... à Ravenel le 28 août 1960. A l'entrée, elle présentait un état de confusion mentale, avec regard fixe, ralentissement psychomoteur alternant avec des périodes d'agitation anxieuse et de pleurs; les propos étaient hachés, décousus, ambivalents, avec fuite importante des idées; elle exprimait aussi de vagues idées délirantes de persécution; on veut la déposséder de sa ferme, les gens du village se moquent d'elle et une grande injustice allait s'abattre sur elle.

L'état physique est très déficient.

En attendant de faire les examens préalables à toute sismothérapie, on commence un traitement à base de Largactil injectable.

Le 5 septembre on convertit le Largactil en gouttes et on lui associe une série de 10 électrochocs espacés.

Le 21 octobre les électrochocs sont terminées; l'état de la malade est meilleur: elle est calme, lucide et ne se souvient plus de la période pathologique. Malheureusement un état grippal tenace avec hyperthermie et diarrhée profuse retardera de plusieurs semaines la sortie.

Le 17 décembre 1960, une sortie d'essai est accordée avec la crainte d'une mauvaise réadaptation sociale et familiale.

La dernière consultation de post-cure date du 11 juillet 1961: le médecin constate que Mlle G... a retrouvé son dynamisme d'antan

et présente un très bon état mental et physique. Il décide alors de ne plus la convoquer.

OBS. 65. — Mme C... Suzanne, 30 ans, est admise dans le service le 20 décembre 1962 dans un état de confusion mentale aiguë avec désorientation, agitation intense, extériorisation d'idées délirantes de persécution, mystiques et de possession démoniaque. Son attitude est hostile et agressive.

La malade a eu une enfance et une adolescence normales, dans une bonne ambiance familiale. Elle a cependant eu une grande déception: après son C.E.P. elle est obligée d'aller travailler dans une usine: « J'aurais préféré continuer mes études mais il fallait que j'aide mes parents car il y avait les petits... Quand j'étais petite, je rêvais toujours d'être quelqu'un de bien. »

Ses antécédents pathologiques sont chargés: accès maniaques avec agitation psycho-motrice en 1954 et 1960, vite jugulés par quelques injections de Largactil à domicile.

Elle se marie en 1956 et accouche 9 mois après d'un bébé qui meurt au bout de deux jours. Depuis cette date elle n'aura plus d'autre grossesse.

Les troubles actuels ont commencé le 12 décembre 1962 par de l'insomnie, du refus d'aliments, de la polydypsie et de fausses reconnaissances. Le 20 décembre, l'état général est alarmant; la malade est alors hospitalisée d'urgence à Ravenel.

Du 20 décembre 1962 au 7 janvier 1963, elle reçoit une série de 8 électrochocs associée à du Largactil et à du Théralène. Une bonne amélioration se dessine alors mais une rechute brutale oblige à reprendre une autre série de 8 électrochocs tout en continuant les neuroleptiques.

Mme C... devient alors lucide, détendue et quitte le service le 18 mars 1963 dans un état satisfaisant. Il persiste un léger maniérisme et des attitudes un peu infantiles; cependant son mari affirme l'avoir toujours connue ainsi.

OBS. 66. — Mme FRE... Irène, 31 ans, arrive à Ravenel le 13 septembre 1963 du service de neurologie de l'Hôpital de Nancy où elle était hospitalisée depuis trois jours. Elle présente un épisode confusionnel survenu sur un fonds d'organisation névrotique de la personnalité.

Quelques faits importants sont à noter dans ses antécédents: blessures par des éclats de bombe en 1944, mariage à l'âge de 19 ans et surtout une chute en 1958 alors qu'elle était enceinte de son troisième enfant. Elle était restée une semaine en observation à l'Hôpital de Nancy pour cette chute, mais les différents examens n'avaient rien décelé d'anormal. Depuis cette date, Mme FRE... est persuadée d'avoir un cancer à l'abdomen.

En 1961, elle a eu beaucoup de soucis lors de la construction d'une maison et de l'absence de son mari. Elle a cru que ce dernier la trompait et depuis ce moment elle lui fait sans arrêt des scènes de jalousie.

C'est sur ce fonds de fatigue perpétuelle, de préoccupations hypochondriques et de jalousie qu'éclatent les troubles qui doivent la conduire à Ravenel. En effet, depuis le 10 septembre 1963 au soir, la malade est insomniaque, peu loquace et exprime des idées délirantes avec hallucinations auditives: « J'entends des gens marcher dans le grenier... ils passent des microphones par la gouttière pour écouter ce qui se passe chez nous... ils nous ont choisis pour leurs expériences... ».

Voici le certificat de 24 heures établi par le docteur JOSSE :

- Présente des troubles mentaux caractérisés par un syndrome confusionnel avec agitation psychomotrice, insomnie et refus d'aliments.
- Idées délirantes polymorphes, sans aucune systématisation, à thème de persécution et de jalousie, à substratum oniroïde et hallucinatoire.
- Désorientation temporo-spatiale.
- Réticence, hostilité vis-à-vis d'autrui, épisodes d'agressivité avec vives protestations contre l'internement.
- Etat physique très médiocre: anémie et maigreur.

Le traitement comprend l'association d'une série de 8 électrochocs et d'une cure de Melleril et de Lucidril. Le 29 septembre, on constate une amélioration très sensible de l'état de la malade, tant sur le plan physique que moral.

Elle quitte le service le 5 octobre 1963; le médecin note, ce jour-là : « Mme FRE... est actuellement en bon état, un peu euphorique peut-être, mais sans anxiété et sans confusion. Le pronostic est un peu réservé car Mme FRE... présentait de petits troubles névrotiques depuis quelques années déjà. De toute façon, l'épisode aigu est, lui, bien terminé. »

A la dernière consultation de post-cure du 29 décembre 1963, la guérison persiste toujours.

*
**

L'électrochoc conserve donc sa place dans la thérapeutique de la confusion mentale. Il agit, en effet, et très rapidement, sur tous les éléments essentiels du syndrome confusionnel. Cependant de nombreux médicaments peuvent lui être associés et notamment la centrophénoxine (lucidril) que de nombreux auteurs utilisent actuellement dans les états confusionnels.

Il nous reste maintenant à voir le rôle de la sismothérapie dans un dernier état psychotique aigu, probablement le plus grave de toutes les maladies mentales, nous voulons parler du délire aigu.

LE DÉLIRE AIGU

Le délire aigu jouit d'une mauvaise réputation, une mauvaise réputation amplement méritée, puisqu'il y a quelques années seulement la mortalité en était effroyable : neuf sur dix des malades succombaient. Voici la description qu'en donnent POMMÉ et ses collaborateurs :

« Après une période prodromique variable et de par sa durée et de par son polymorphisme clinique, éclate brusquement la phase aiguë. Il s'agit essentiellement d'un état confusionnel avec agitation.

« A la phase d'état on observe, d'une part, des troubles mentaux qui dominent la scène, mais aussi de très importants troubles métaboliques composés grossièrement d'une déshydratation intense et d'une hyperazotémie rapidement élevée.

« Après une période d'accalmie relative, uniquement clinique du reste, la phase terminale survient dans un tableau d'hyperthermie

avec prostration, entrecoupée de soubresauts musculaires. La durée de l'évolution varie en général de dix à quinze jours. »

De nombreuses publications actuelles essaient d'apporter des éclaircissements sur l'étiologie et la pathogénie de cette terrible maladie. Nous ne les suivrons pas dans leur polémique, car ce qui nous intéresse, dans ce modeste travail, c'est la thérapeutique à appliquer dans pareil cas.

La majorité des auteurs, sinon l'unanimité, met la *réhydratation en premier dans l'ordre des urgences*.

COSSA et ses collaborateurs écrivent : « Mais, quoi qu'il en soit des théories, une chose est dès maintenant établie : en prévenant la déshydratation des malades agités nous prévenons la plupart des délires aigus; en réhydratant ceux qui restent, en les rééquilibrant en électrolytes, nous en guérissons beaucoup.

BARUK est du même avis : « La première indication est la réhydratation par tous les moyens. Cette réhydratation doit être accompagnée de thérapeutiques visant à compenser l'hypercatabolisme des protides. Dans ce but, on a utilisé la transfusion sanguine. »

Cependant la réhydratation n'est pas tout dans le traitement du délire aigu. DARCOURT et COSSA, après avoir rapporté trois observations de malades atteints de délire aigu et analysé tous les problèmes qui s'y rattachent, concluent en ces mots : « Mais ces thérapeutiques métaboliques ne suffisent pas le plus souvent et des thérapeutiques psychiatriques doivent y être ajoutées. » Dans quel but ajouter ces traitements psychiatriques ? BARUK l'explique ainsi : « ...Mais les méthodes les plus en vogue actuellement consistent dans la sédation de l'excitabilité cérébrale et la mise en veilleuse de cette activité... »

Deux thérapeutiques entrent alors en lice pour essayer d'y arriver : l'électrochoc et les neuroleptiques. Qui l'emportera ? C'est ce que nous allons voir en passant en revue les opinions des différents auteurs.

Donnons d'abord la parole à ceux qui utilisent la chimiothérapie avant tout :

BARUK cite : « Golse et Morel ont utilisé l'hibernation suivant la méthode de Laborit. » Et il propose : « On peut utiliser la chlorpromazine seule, à hautes doses suffisantes et sédatives. »

BERTHIER et POUGETOUX ont rapporté en 1953 le cas d'un malade atteint de délire aigu qu'ils avaient guéri par perfusion de cocktails lytiques (largactil, phénergan, dolosal), associée, bien entendu, à la réhydratation. Dix années plus tard, BERTHIER est toujours du même avis puisqu'il écrit en 1963 : « Les neuroleptiques du type Largactil sont ici particulièrement indiqués et on pourra aller jusqu'à une hibernation pharmacodynamique par les cocktails lytiques. »

ROKHLENKO, psychiatre russe, a étudié 16 cas : 7 sont morts et 9 ont guéri par une méthode à base d'antibiotiques, de réhydratation et d'une association de largactil et de réserpine.

Nous n'avons pas d'observation récente pour illustrer l'avis des auteurs précédents. Nous emprunterons, si vous le voulez bien, une observation due à POMMÉ et ses collaborateurs qui, nous l'espérons, n'y verront pas d'inconvénient.

Ils citent le cas d'un ouvrier agricole âgé de 40 ans entré dans leur service le 21 février 1953 en état d'agitation psychomotrice intense. La température était à 37°5. Le traitement, mis immédiatement en train, consistait en l'administration du mélange M₁ (Largactil, Phénergan, Dolosal) associée à la convulsivothérapie.

Le 23 février, la température était à 39°4, l'agitation aussi intense qu'à l'entrée avec, en plus, des hallucinations effrayantes, des fausses reconnaissances et des crises de fureur. La sismothérapie n'apporta aucune sédation.

Le 24 et le 25 février, la température était à 40°, l'urée à 2 g 0/00.

Sous l'effet du mélange M₁ de Laborit, on constata la survenue d'une phase de rémission qui devait durer jusqu'au 17 mars; depuis ce jour, rechute brutale avec agitation intense, hyperthermie, hyperazotémie. Toutes les autres thérapeutiques ayant échoué, on décida de tenter l'hibernation. Le malade reçut alors en trois jours: 12 cocktails M₁, 2 cocktails MD (Diparcol remplaçant le Phénergan) et 1 cocktail M₂. La température était maintenue entre 35° et 36°5.

Le réveil progressif s'effectua dans la journée du 20 mars: le malade était calme, lucide. Il quitta le service le 28 mars 1953.

Le 25 mai 1957, il est réhospitalisé dans le même service en plein accès maniaque. Il reçut d'emblée 100 mg de Largactil par jour; malgré cela une évolution vers le délire aigu se dessina les jours suivants. Le Largactil fut alors augmenté à 500 mg quotidiens et maintenu à cette dose pendant plusieurs jours. Le malade quitta le service le 19 juillet 1957 complètement guéri, avec 400 mg de Largactil à prendre chaque jour.

En résumé, il s'agissait d'un délire aigu récidivant guéri la première fois par une hibernation assez poussée et la deuxième fois par une thérapeutique plus simple et plus inoffensive : 500 mg de Chlorpromazine.

Cependant il arrive parfois que malgré la précocité du traitement par les neuroleptiques, le délire aigu continue à évoluer vers une issue fatale dans un tableau d'agitation, d'hyperthermie et d'hyperazotémie. Certains auteurs préfèrent alors faire appel à des thérapeutiques qui leur paraissent plus puissantes que les neurologiques.

Les uns comptent résolument sur l'électrochoc seul pour sortir le malade de son mauvais pas.

Ainsi BURUET et Mlle GUSDORF écrivent en 1955, à propos de l'emploi de l'électrochoc : « Il a été considéré par Delay et ses collaborateurs (1945) comme une véritable thérapeutique d'urgence dans le délire aigu, transformant le pronostic vital, ramenant l'azotémie et

la température à la normale, dissipant la confusion, supprimant l'agitation anxieuse et l'onirisme.

« Le rythme des séances est fixé par l'évolution clinique, notamment reprise de l'alimentation et de la boisson, défervescence thermique. Un électrochoc quotidien peut être pratiqué tant que l'amélioration n'est pas obtenue. Rondepierre et ses collaborateurs (1952) préconisent l'utilisation des chocs itératifs, dont le délire aigu serait une indication formelle. Pour Riser, l'action favorable de l'électrochoc s'observerait surtout dans les formes de délire aigu secondaire.

« L'électrochoc est, d'autre part, couramment utilisé pour nettoyer les troubles mentaux résiduels une fois gagnée la bataille somatique. »

En 1960, POROT est plus affirmatif : « Aujourd'hui l'électrochoc en séances rapprochées semble la meilleure thérapeutique. »

Plus près de nous encore, l'auteur anglais ROBERTS, après avoir présenté 9 cas de délire aigu, estime, en 1964, que l'électrochoc est la meilleure thérapeutique, quelle que soit la cause déclenchante de l'affection.

L'observation suivante, bien que datant d'une dizaine d'années, illustre bien les opinions précédentes.

OBS. 67. — M. T... Louis, 51 ans, ouvrier maçon et éthylique chronique, est hospitalisé à Ravenel le 19 avril 1955, venant de l'hôpital de F... où il a été opéré d'une cataracte bilatérale

Les troubles actuels ont commencé le 16 avril par une agitation psychomotrice intense avec confusion mentale et onirisme. Malgré toutes les thérapeutiques sédatives, l'état du malade s'aggrave et nécessite son admission en service spécialisé.

T... mène une vie assez perturbée: veuf en premières noces il se remarie en 1940, puis, depuis 5 ans, il vit séparé de sa femme. C'est un bon travailleur mais aussi un éthylique notoire depuis toujours.

A l'entrée à Ravenel, il est trémulant, confus et légèrement onirique. Les différents examens montrent: auscultation pulmonaire normale; pouls filant, mal frappé; tension artérielle à 14-8; température subfébrile; légère déshydratation sans transpiration; urée à 0,62 0/00. De temps en temps le malade s'agite en proférant des propos incohérents.

Devant ce tableau clinique caractéristique d'un délire alcoolique subaigu, un traitement purement symptomatique est mis en route: perfusion de sérum glucosé et salé, antibiotiques, tonocardiaques, strychnine, vitaminothérapie intensive et extraits hépatiques.

La nuit du 19 au 20 avril se passe bien mais le lendemain le malade s'agite, boit avidement tout ce qu'on lui donne et il est très onirique; l'urée est à 1,15 g 0/00.

Le 20 au soir, l'urée est à 2,30 g 0/00 et malgré une réhydratation intensive, la déshydratation est de plus en plus marquée; la température oscille autour de 39°.

Le 21 avril au matin, on note l'apparition d'une agitation désordonnée et intense semblant en rapport avec des phénomènes oniriques terrifiants; le malade est saisi d'un tremblement généralisé; une sudation très importante accroît rapidement la déshydratation; la température est à 41°, l'urée à 3,25 g 0/00.

On pourrait croire à un tableau typique de delirium tremens mais la déshydratation intense avec un début de fonte musculaire, l'agitation désordonnée, la température très élevée et l'urée qui s'élève sans arrêt font plutôt penser à un délire aigu. Il fallait donc prendre des mesures énergiques pour sauver le malade et inverser le pronostic. Ainsi la journée du 21 avril est décisive :

- à 8 heures: on fait un électrochoc: T... s'endort rapidement. La sudation est immédiatement arrêtée. Au réveil, l'agitation reprend mais elle est déjà moins importante.
- à 15 heures: deuxième électrochoc; le malade s'endort plus profondément que le matin. A son réveil il est calme.
- à 18 h.: l'urée est à 1,20 g 0/00; on fait un troisième électrochoc.
- à 23 h. 30 : quatrième électrochoc suivi d'un sommeil qui durera jusqu'au lendemain matin.

Le 22 avril, à son réveil, le malade est très calme, s'alimente bien mais reste un peu confus; la température est à 37°5 et l'urée à 1 g 0/00.

Le 23 avril, on peut parler de guérison miraculeuse: le taux de l'urée est normal ainsi que la température et le patient est de plus en plus lucide. Cette amélioration se confirmera de plus en plus; le 1^{er} mai 1955 le malade se lève et participe à la vie du pavillon.

Il quitte le service le 11 novembre 1955 en jurant ses grands dieux qu'il ne boirait plus une seule goutte de vin. Son état général est excellent : il pèse 12 kgs de plus qu'à l'entrée.

Il est longtemps suivi en post-cure; à chaque consultation son faciès renseigne le médecin sur la reprise de l'intoxication alcoolique : coloré le 23 mai 1956, très coloré le 12 décembre 1956, presque cyanosé le 13 mai 1957.

En somme il s'agit d'un delirium tremens qui a évolué très rapidement vers le délire aigu. La guérison a été obtenue grâce à trois électrochocs rapprochés qui ont stoppé la déshydratation et fait baisser le taux d'urée. Il se peut aussi que la sismothérapie ne soit utilisée que pour balayer les séquelles psychiques de la maladie (BURGUET et Mlle GUSDORF). Pour illustrer cela nous ferons encore l'emprunt d'une observation, à GIUDICELLI et KNEBELMANN cette fois. Mais, avant de le faire, il nous faut citer leur opinion sur le traitement du délire aigu : « Nous pensons, à la lumière de notre observation, qu'il y a un intérêt thérapeutique à mettre l'accent sur une sorte d'évolution en deux temps du délire aigu azotémique : dans un premier temps, trouble « central » avec mortalité rapide, stade qui a grandement bénéficié des thérapeutiques modernes. Dans un deuxième temps, il se peut que certains malades soient destinés à périr secondairement d'insuffisance rénale aiguë si des thérapeutiques du type hémodialyse ne leur sont pas appliquées... »

Les auteurs relatent un cas de délire aigu survenu chez un jeune soldat rapatrié d'Algérie et hospitalisé dans leur service le 14 juillet 1959. A partir du 21 juillet il entre dans un état d'agitation désordonnée avec mutisme, refus de contact physique, hyperthermie et hyperazotémie.

Malgré une réfrigération par vessies de glace et des perfusions de SCT², le malade se trouve le 7 août dans un état désespéré : anurie, prostration, amaigrissement et déshydratation intenses, tem-

pérature à 39°, azotémie à 7,55 g. Pour le sauver, les médecins ne voyaient d'autres thérapeutiques que l'épuration extra-rénale. Une séance d'hémodialyse de 3 heures ramène le taux d'urée à 2,90 g. Le lendemain l'état est meilleur avec la reprise de la diurèse, de la conscience et de l'appétit. Une ponction-biopsie du rein est pratiquée: elle montrera des lésions de néphrite aiguë tubulointerstitielle, d'évolution très récente.

Le 3 septembre 1959, la bataille somatique est gagnée mais le malade demeure muet, lointain, anxieux et sans aucune possibilité de contact.

Du 14 au 25 septembre, il reçoit une série de 7 électrochocs. A la fin de ce traitement, l'amélioration est considérable: le malade est souriant, très peu bavard mais sociable, ne gardant aucun souvenir de la période pathologique.

La sortie est accordée le 14 novembre 1959.

Les auteurs suivants ne sont hostiles à aucune méthode thérapeutique et ils *préfèrent l'association des neuroleptiques et de la sismothérapie.*

POMMÉ et ses collaborateurs conseillent le schéma thérapeutique suivant: « L'action de la chlorpromazine dans les syndromes aigus ou suraigus doit être précoce et à doses suffisamment importantes... La cure neuroleptique aux doses préconisées doit être poursuivie jusqu'à la normalisation complète du syndrome clinique d'agitation, et du syndrome humoral... Un certain état confusionnel peut persister, qui disparaît par les méthodes classiques: vitaminothérapie, sismothérapie au besoin. » Les auteurs illustrent ces affirmations par l'exposition de plusieurs cas de délire aigu qu'ils ont soignés par l'association d'une cure neuroplégique et de sismothérapie.

En ce qui nous concerne, nous vous proposons deux observations personnelles: ce sont deux malades que nous avons reçues à leur entrée à Ravenel et que nous avons pu suivre durant toute l'évolution de l'affection. Nous remercions les docteurs Mme CAHEN-DAMPT et Josse de nous avoir permis de les publier ici.

La première n'est pas à proprement parler un succès de l'association neuroleptiques-sismothérapie.

OBS. 68. — Mme MIL... Marguerite, 62 ans, est admise dans le service le 26 décembre 1963 pour un accès mélancolique stuporeux avec prostration intense, adynamie, fixité de la mimique et de l'attitude, ralentissement de l'idéation, *semi-mutisme*.

Cet état évolue depuis plusieurs jours déjà.

Dans ses antécédents, il n'y a rien à signaler avant 1951: enfance et adolescence normales, mariage à l'âge de 21 ans, emploi de vendeuse dans un grand magasin.

En 1951, elle fait un accès mélancolique, réactionnel à une période de surmenage physique et de tension nerveuse. La guérison est obtenue avec une série de 9 électrochocs.

Depuis cette date, Mme MIL... continue à travailler, un peu déçue de ne pas avoir eu d'enfants. Ménopause sans histoire.

Les troubles actuels ont commencé vers le 15 décembre 1963 sans cause apparente: installation progressive dans un état de

ralentissement psychomoteur avec insomnie, anorexie et perte totale de l'élan vital. La malade refuse absolument de voir un médecin et il a fallu l'amener de force à Ravenel.

Voici, jour par jour, l'évolution de l'affection dans le service:

Mme MIL... est donc hospitalisée le 26 décembre à 21 h. 45: la température est à 36°2. Elle reçoit deux ampoules IM d'Equanil et s'endort profondément.

Le 27 décembre: elle est toujours prostrée avec mutisme complet; opposition aux soins et refus d'aliments. La température est à 37°8, l'urée à 0,60 g.

On commence une cure classique de Tofranil.

Le 28 décembre: état inchangé.

Le 29 décembre: la température flambe brusquement à 39°6; sudation importante; on met en route des perfusions de différents solutés avec de fortes doses d'antibiotiques. L'urée est à 0,92 g.

Le 30 décembre: la température est à 41°, la déshydratation s'accroît malgré les perfusions. La malade est de plus en plus prostrée; ses yeux se cernent. L'urée est à 1,40 g.

Devant cet état alarmant, le médecin comprend le danger: on tente alors des perfusions de Largactil, Phénergan, Dolosal. Cette thérapeutique déclenche un état de collapsus qui empêchera toujours le médecin de pousser plus loin l'hibernation.

Le 31 décembre: la température oscille toujours autour de 41°; la malade transpire toujours abondamment; la respiration est courte, la langue rôtie; les urines sont rares. L'urée est à 1,96 g. Le faciès de Mme MIL... est pâle; elle gémit sans cesse.

Tout en continuant l'hibernation, on fera 3 électrochocs dans la journée: ils n'amènent aucune amélioration.

Le 1^{er} janvier 1964: exitus à 7 h. 45 dans un tableau d'hyperthermie à 41°8. Une prise de sang faite juste avant le décès montrera une urée à 2,96 g.

Il s'agit donc probablement d'une encéphalite psychosique aiguë azotémique qui a évolué inexorablement vers la mort, malgré l'association neuroleptiques-électrochocs répétés. Notre deuxième observation montre cependant un succès éclatant de cette association.

OBS. 69. — Mme RAP... Suzanne, 55 ans, est mère d'une famille de 9 enfants dont 6 sont encore avec elle. Elle est de nature pessimiste, se faisant du « mauvais sang » pour des riens.

Elle est admise à Ravenel le 26 novembre 1963 dans un état de confusion stuporeuse avec mutisme, raideur généralisée, opposition furieuse aux soins, gémissements incessants.

La température est à 39°, le pouls à 120 et l'urée à 1,20 g.

Ses antécédents ne comportent aucun fait notable.

L'origine des troubles actuels remonte à plusieurs mois auparavant. En effet la malade a un fils qui était instituteur en Algérie et qui est rapatrié en France depuis l'exode 1962. Il disparaît brusquement sans laisser d'adresse à partir du mois de novembre 1962. Depuis cette date la famille ne reçoit aucune nouvelle. Mme RAP... en souffre beaucoup mais ne confie son désarroi intérieur à personne. Au mois de septembre 1963, elle reçoit une lettre d'une de ses filles installée au Congo, dans laquelle la jeune femme fait part de ses difficultés d'adaptation dans un pays si lointain. Sa nature pessimiste prend alors le dessus et elle sombre peu à peu dans la dépression. Le 22 novembre 1963 elle se replie sur elle-même, refuse de s'alimenter. C'est dans cet état qu'elle est adressée à Ravenel.

Devant le tableau alarmant, elle reçoit à l'entrée un électrochoc suivi d'une perfusion de Largactil, Phénergan, Dolosal avec des antibiotiques.

Le 27 novembre : agitation motrice, gémissements, attitude de bête aux abois. La sudation est importante, l'urée à 1,92 g, la température à 41°. Les urines sont rares.

Elle reçoit encore un électrochoc avec les mêmes perfusions que la veille.

Le 28 novembre: elle est moins opposante qu'à l'entrée, réclame à boire, s'alimente légèrement. La température et l'urée sont en baisse: 38° et 1,46 g.

Le 29 novembre est marqué par une reprise de la diurèse. La malade présente une alternance de mutisme et de propos délirants: elle demande à son fils de venir auprès d'elle...

La température est toujours à 38° mais l'urée continue à baisser: 0,98 g le soir.

Le traitement comprend un électrochoc et du Largactil IM.

Le 30 novembre, on note une légère amélioration: Mme RAP... est calme, s'alimente bien. L'urée est à 0,43 g.

Le 2 décembre, l'amélioration continue; la malade discute avec les infirmières, veut se lever. La température et l'urée sont normales.

Elle reçoit encore un électrochoc et du Largactil injectable.

Du 3 au 15 décembre: on continue le Largactil et on fera trois électrochocs espacés.

A partir du 16 décembre, l'état de la malade est jugé excellent: elle tient des conversations soutenues, teintées d'une certaine gaieté. Le Largactil est continué à faible dose en per os.

Mme RAP... est alors en état de quitter l'hôpital mais la découverte d'une insuffisance hépatique assez sévère oblige à faire des examens complémentaires.

Finalement la sortie est accordée le 25 janvier 1964.

Le 29 février 1964, l'état mental et physique sont très satisfaisants.

L'association largactil-sismothérapie a donc été heureuse dans le cas de délire aigu.

Parfois le diagnostic de délire aigu est difficile à poser. En effet il arrive que chez certains éthyliques, la limite entre le *delirium tremens* et l'encéphalite psychosique aiguë azotémique classique soit difficile à préciser. L'observation suivante nous en fournit un exemple.

OBS. 70. — Il s'agit de M. SCH... Charles, 29 ans, plombier-zingueur de son métier et éthylique chronique.

Il est admis à Ravenel le 16 juin 1962 dans un état d'agitation intense avec obnubilation, onirisme, transpiration abondante, hyperthermie à 41°2 et azotémie à 1,87 g. Il n'y a ni trémulations ni zoopsies.

Dans les antécédents il faut signaler un accident de moto en 1960 avec traumatisme crânien. Depuis, le malade présente des espèces de crises épileptiformes. En dehors de cet accident, il n'y a rien d'autre à noter: M. SCH... est célibataire, vit avec ses parents et se laisse entraîner facilement à boire par les copains.

Les troubles actuels ont commencé vers le 10 juin par une crise épileptique atypique à la suite de laquelle le malade est resté abattu, un peu déprimé et anorectique. Le 15 juin au soir, il est agité, vomit tout ce qu'il avale et transpire abondamment. C'est dans cet état qu'il est admis dans le service.

A l'entrée, on est tout de suite frappé par la gravité du tableau clinique: devant ce malade aux gestes désordonnés, craintif, opposant aux soins et se déshydratant à vue d'œil, des mesures énergiques s'imposent d'emblée.

Le 16 juin : on essaie de réhydrater le malade au maximum. Il reçoit en plus du Largactil injectable et un électrochoc à 16 h. La transpiration s'arrête brusquement. Un deuxième électrochoc est fait dans la nuit.

Le 17 juin la température est à 39°8, l'urée à 2,60 g.

On entreprend le même traitement que la veille avec en plus du Lucidril. Le malade fond à vue d'œil malgré l'arrêt de la sudation. Il a quelques moments de lucidité.

Le 18 juin: température à 39° mais l'urée amorce une chute sensible; elle est à 0,92. La sismothérapie est arrêtée mais on continue le Largactil et le Lucidril.

A partir du 19 juin, M. SCH., entre dans une phase de rémission caractérisée par une stabilisation de la température et de l'urée, le retour à la lucidité. Le Largactil sera transformé en gouttes et le Lucidril est continué aux mêmes doses.

Il quittera le service le 18 août 1962 après une cure classique de désintoxication.

La dernière consultation de post-cure date du 4 février 1964: le malade est toujours sobre, son état est très satisfaisant, malgré une période de surmenage professionnel.

Devant un cas pareil, le diagnostic est parfois incertain. En effet les antécédents éthyliques du malade peuvent faire penser à un delirium tremens mais l'état gravissime qu'il a traversé avec l'hyperthermie et l'hyperazotémie évoque plutôt un délire aigu. Ce qu'il faut surtout considérer c'est l'efficacité de l'association neuroleptiques-électrochoc et même s'il s'agissait d'un delirium tremens il ne faut pas s'en étonner car quelques auteurs utilisent la sismothérapie dans cette affection aiguë. Voyons cela en détail si vous voulez bien.

LE DELIRIUM TREMENS

Le delirium tremens, appelé « encéphalite psychosique aiguë des alcooliques » par MARCHAND, est le type même de l'urgence médicale, car sitôt déclenché il nécessite une thérapeutique active et énergique, faute de quoi il évolue rapidement vers la mort. Il est classique de distinguer le délire alcoolique subaigu et le délire alcoolique aigu (delirium tremens). Cependant cette distinction est jugée artificielle par certains auteurs, notamment MARCHAND, qui estime que « le délire subaigu n'est que la forme atténuée du délire aigu ». Nous réunirons donc ces deux formes dans ce même chapitre et nous signalerons en temps voulu les différentes thérapeutiques.

De multiples ouvrages ont été consacrés au traitement du delirium tremens. La réhydratation du malade est une indication fondamentale reconnue par l'unanimité des auteurs; les avis de ces derniers diffèrent un peu lorsqu'il s'agit de désigner les médicaments efficaces contre les troubles psychiques de cette psychose aiguë. La plupart des neuroleptiques furent essayés mais la stupeur des médecins fut grande lorsque

NEVEU et ses collaborateurs démontrèrent, en 1954, et avec preuves à l'appui, l'efficacité de l'électrochoc dans le traitement des psychoses alcooliques aiguës. Nous y reviendrons plus loin.

— Il est incontestable que depuis l'emploi des médicaments, la mortalité du *delirium tremens* a beaucoup régressé. C'est pour cela que la majorité des auteurs reconnaissent la *priorité de la chimiothérapie* pour calmer l'agitation du malade. Ainsi de nombreuses médications ont été essayées avec des résultats plus ou moins spectaculaires.

Pour EX, ce sont « le largactil et l'équanil qui se sont montrés les plus puissants sédatifs de ces crises d'agitation aiguë. Sous leur influence le calme s'établit, la sudation s'atténue, la T.A. baisse légèrement, la température baisse plus lentement, seule la tachycardie persiste ».

PLAUCHU et GABRIELLE utilisent la réserpine et insistent sur la nécessité d'un traitement massif et prolongé. Cette méthode leur paraît simple, maniable, efficace et bénigne.

COSSA et PAOLI se servent d'halopéridol injectable seul, mais MONCEAUX lui associe de la chlorpromazine : « Nous avons pratiquement toujours associé systématiquement la chlorpromazine à l'halopéridol pour éviter les incidents de surdosages imputables à l'halopéridol. »

LEREBOULLET, après avoir essayé un très grand nombre de médications, donne sa préférence au méprobromate injectable et résume ainsi son avis sur le traitement des psychoses alcooliques aiguës : « En conclusion, après ces multiples essais, nous sommes restés fidèles au méprobamate qui a le double avantage de sa constante efficacité, de son absence de toxicité et de sa maniabilité, sans nécessiter d'injections intra-veineuses et surtout de perfusions, toujours difficiles à réaliser... »

BRETON et ses collaborateurs font l'éloge de l'hydroxydione : « L'utilisation judicieuse du viadril nous semble constituer une étape thérapeutique difficile à dépasser, en raison de l'excellence et de la rapidité de son action, même dans les cas paraissant désespérés, comme en raison de son innocuité et la parfaite adaptation de ses effets à la correction des déséquilibres biologiques notés au cours du *delirium tremens*. En ce qui nous concerne, nous n'avons pas eu à déplorer un seul décès chez nos alcooliques depuis l'introduction du viadril dans l'arsenal thérapeutique. »

Enfin un produit récemment apparu est essayé par plusieurs psychiatres dans le traitement du *delirium tremens*. Il s'agit de la centrophénoxine ou lucidril. Mlle FAVENNEC décrit ainsi son action : « Les sueurs disparaissent très rapidement en 1 à 2 heures, puis le tremblement cède lui aussi, permettant un repos déjà appréciable.

« La lucidité apparaît le plus souvent avec une grande brusquerie. On passe sans transition de l'état confusionnel à la conscience claire. »

A Ravenel, les docteurs JOSSE et MORENON utilisent des neuroleptiques avant tout alors que Mme CAHEN-DAMPT et GÉRARDIN n'hésitent pas à recourir à la sismothérapie le cas échéant.

Pour illustrer toutes ces opinions, nous disposons de trois observations personnelles.

OBS. 71. — Mme GRA... Joséphine nous est envoyée dans le service le 11 février 1964 avec le certificat médical suivant : « Mme GRA..., d'origine polonaise, âgée de 41 ans et mère de trois enfants tous bon souvriers, a hélas quelque peu dépassé, à mon sens, la limite permise des boissons alcoolisées... » Et en effet la malade, installée en France depuis 1949 est une éthylique chronique.

A l'admission, elle présente un délire éthylique subaigu avec troubles confusionnels et oniriques, agitation psycho-motrice. L'examen montre les signes somatiques et neurologiques habituels de l'imprégnation éthylique: tremblement intense des extrémités, réflexes tendineux très vifs, subictère, langue saburrale, légère transpiration. La température est à 38°2, l'urée à 0,17.

La malade présente depuis plusieurs mois des troubles hépatodigestifs, de l'insomnie avec des cauchemars zoopsiques et un syndrome dépressif typique. L'épisode actuel est consécutif à un excès de boisson depuis trois jours.

Le traitement mis tout de suite en train comprend des perfusions intra-veineuses de sérums divers avec de grosses doses de foie lyophilisé Rolland et une vitaminothérapie intensive. En plus elle reçoit 8 ampoules d'Equanil I.M. par jour et du Curéthyl.

Dès les premières injections d'Equanil, Mme GRA... s'assoupit doucement; elle se réveille de temps en temps pour boire avidement tout ce que les infirmiers lui donnent.

Ce traitement est poursuivi pendant trois jours; le 15 février la malade est calme, lucide et commence à s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle. Les doses d'Equanil sont alors diminuées peu à peu jusqu'à arrêt total le 19 février. A ce moment, la patiente est complètement guérie de son accès psychotique aigu. Elle est actuellement (14 avril 1964) sur le point de quitter le service après une cure de désintoxication classique.

En somme il s'agit d'un délire alcoolique subaigu facilement guéri par des injections d'Equanil associées à une réhydratation intense.

OBS. 72. — Le cas de M. BRIS... Pierre, 54 ans, est plus sévère. Il nous a été amené, solidement ligoté sur une civière, d'un hôpital voisin où il était soigné pour un état grippal, le 17 janvier 1964 au matin.

A l'entrée, il est au bord du delirium tremens: agitation psycho-motrice intense, onirisme effrayant, tremblements généralisés, transpiration abondante, langue rôtie.

Une fois mis dans sa chambre, il tire des fils imaginaires, démonte sa literie et déverse des flots de paroles incohérentes. La température est normale, le pouls à 85 et la tension à 13/7.

L'intoxication éthylique de M. BRIS... remonte à une trentaine d'années et, chose curieuse, c'est la première fois qu'il présente un accident alcoolique aigu. Cependant la déchéance physique et intellectuelle est très importante.

Le traitement comprend : une réhydratation I.V. intensive car le malade n'arrive pas à déglutir une seule goutte de liquide, des vitamines, du foie lyophilisé despecifié Rolland, des antibiotiques, des tonicardiaques. Il reçoit en plus des doses filées de Viadril en perfusion I.V. Il se calme rapidement et l'accès paraît rapidement jugulé.

Le 18 janvier au soir, la température flambe à 39°9 avec une recrudescence de l'agitation psychomotrice, une transpiration abondante et une altération brutale de l'état général.

L'urée est à 0,50 g, le poulx à 130.

L'état du malade nous paraît tout de suite désespéré. Tout en continuant la réhydratation, les vitamines, etc., nous augmentons les doses de Viadril. Ce traitement est poursuivi sans relâche pendant trois jours.

Le 21 janvier, l'état du malade est meilleur: malgré la température encore élevée, M. BRIS... émerge lentement de sa confusion. Le Viadril est arrêté et on lui donne de l'Hémineurine en dragées.

Le 25 janvier, il est pratiquement hors de danger. Cependant il reste écorché dans son lit malgré la récupération totale de la lucidité. Il a fallu le garder dans le service jusqu'au 21 mars 1964, le temps de remonter son état général et de lui faire subir une cure de désintoxication classique.

Il est revu en post-cure le 7 avril 1964: voici le commentaire laconique mais significatif du médecin: « N'a pas rebu mais demeure déchu physiquement et mentalement. »

OBS. 73. — M. LAM... Charles, 46 ans, est un pauvre hère dont la seule activité professionnelle consiste à offrir ses services sur les marchés des environs d'Epinal. En compensation il reçoit des denrées alimentaires mais le plus souvent il est invité à boire un « canon » selon l'expression consacrée. C'est ainsi qu'à l'âge de 46 ans il présente une cirrhose de Laennec typique avec ascite, défaillance hépatique grave, ictère généralisé et très mauvais état général. C'est ainsi qu'à l'âge de 46 ans il a l'allure d'une épave, avec abrutissement, affaiblissement certain du sens moral et déchéance intellectuelle progressive.

Il est admis à Ravenel le 24 janvier 1964 dans un état désespéré: agitation désordonnée, propos incohérents, hallucinations visuelles: il voit des scènes d'orgie se dérouler... au plafond; les tremblements sont généralisés, la déshydratation intense, le teint cireux. On note en plus une température à 39°6, un poulx à 120 et un taux d'urée à 0,22 g. Les tests hépatiques sont très perturbés: Mac Lagan à 26° Vernes, Gros à 0,90 cc et Hanger ++++; le taux de prothrombine est à 35 %.

L'examen physique montre une ascite très importante, des signes de polynévrite et une véritable fonte musculaire: le malade qui mesure 1,72 m de taille ne pèse que 58 kgs.

Devant un état pareil, le médecin n'hésite pas à parler de pronostic très grave.

Le traitement mis en route est énergique. M. LAM... est mis en perfusion continue pendant trois jours.

Le 24 janvier il reçoit 4 g de Viadril dissous dans 3 litres de sérum contenant de fortes doses de vitamines et de foie lyophilisé despécifié Rolland. Cette thérapeutique est continuée à la même posologie les 25 et 26 janvier. Le 27, le malade est lucide, très calme, s'alimente légèrement; il reste cependant très asthénique. Le Viadril est encore continué pendant 48 heures mais à doses très réduites.

Le 30 janvier 1964 M. LAM... est calmement alité et s'adonne à la lecture. Il n'a qu'une conscience très vague de l'origine toxique de ses troubles et nie avec véhémence tout excès éthylique. Il subira cependant une cure de désintoxication classique et quittera le service le 28 mars 1964 en meilleur état général qu'à l'entrée: il pèse 70 kgs et son teint est moins jaune.

La place du méprobamate (équanil) et de l'hydroxine (viadril) dans le traitement des psychoses alcooliques aiguës est reconnue par de nombreux auteurs. Le viadril, utilisé en perfusion intra-veineuse et associé à une vitaminothérapie intensive nous a permis de guérir en quelques jours des cas graves de delirium tremens. Cependant, fidèles à une conduite thérapeutique qui se perpétue à Ravenel depuis la communication retentissante de NEVEU à la séance du 25 octobre 1954 de la Société Médico-Psychologique, nous avons aussi utilisé la sismothérapie dans le traitement de quelques cas de délire alcoolique subaigu et de delirium tremens.

— Certains auteurs préconisent *l'emploi de l'électrochoc dans le traitement des psychoses alcooliques aiguës*. Avant de faire état de leurs opinions, il ne nous paraît pas superflu de retracer un petit historique de la question. Nous serons aidés pour cela par l'excellente thèse que le docteur Rober BOYER a préparée à Ravenel et qu'il a mis gracieusement à notre disposition.

COSSA écrivait en 1946 : « ...il ne viendrait à personne l'idée de faire des chocs électriques à un typhique parce qu'il délire, ni à un alcoolique en delirium tremens... »

GÉRARDIN expose que « dans la confusion mentale grave, le délire aigu et toutes les psychoses confuso-oniriques (quelle qu'en soit l'étiologie) l'électrochoc peut être considéré comme un véritable traitement d'urgence : il amène une sédation de l'agitation et de l'angoisse, il permet une réhydratation et une reprise progressive et normale de l'alimentation, il aide à enrayer rapidement la chute de l'état général. » Il restera fidèle à son affirmation et en 1964 il n'hésite pas à utiliser la sismothérapie dans les cas de délire alcoolique confuso-onirique et de delirium tremens.

Cependant la littérature médicale est pauvre en observations de cas de delirium tremens traités par l'électrochoc. Quelques auteurs seulement ont fait quelques timides essais restés sans lendemain. Il a donc fallu attendre la communication de NEVEU et ses collaborateurs, en 1954, pour vraiment trouver un travail sérieux et mûrement réfléchi, fruit d'une dizaine d'années d'expérimentation. Voici leur position : « Depuis longtemps que l'un de nous emploie systématiquement l'électrochocs, aussi bien dans les états subaigus que dans les delirium tremens, il a constaté régulièrement les avantages multiples de cette méthode sur les autres thérapeutiques.

« Dans les états subaigus, l'électrochoc simple permet d'obtenir un résultat immédiat, schématiquement : le malade s'endort et se réveille guéri le lendemain.

« Dans le delirium tremens, il y a avantage à répéter les électrochocs systématiquement. Leur action cumulative permet d'obtenir la disparition de l'accès confuso-onirique. Généralement, trois électrochocs répétés à quelques heures d'intervalle suffisent à procurer le sommeil et la guérison. » En ce qui concerne le délire aigu des alcooliques, ils

pratiquent d'abord l'hibernation : « Après l'hibernation, il nous a semblé indiqué d'administrer un ou plusieurs électrochocs, ou, mieux, l'électrostimulation (technique de Riboli), qui nous ont donné les mêmes résultats rapidement favorables que dans les états subaigus ou de delirium. »

Dominant la stupeur de toute l'assistance, une voix s'élève pour approuver cette déclaration, celle de RONDEPIERRE : « Je félicite M. Neveu de ces beaux résultats. Tout donnait à penser que l'électrochoc devait réussir en pareil cas mais personnellement je n'avais jamais osé le tenter.

« M. Neveu a eu le courage de le faire et il a eu raison; je suivrai son exemple désormais, car on a à déplorer, dans les hôpitaux généraux notamment, une mortalité effroyable chez les malades atteints de delirium tremens. »

BOYER, dans une thèse faite sous la direction de NEVEU, puis de THIÉBAUX, illustre les affirmations précédentes par de nombreuses observations et explique dans ses conclusions : « L'électrochoc appliqué dans le délire subaigu arrête l'évolution et évite le delirium tremens. Dans le delirium tremens confirmé, l'action est tout aussi efficace, mais dans certains cas graves il est parfois nécessaire d'avoir recours au choc cumulatif.

« L'électrochoc agit sur le syndrome physique des psychoses aiguës, arrêtant immédiatement la déshydratation, régularisant la température, ayant un effet sédatif sur le tremblement. Sur le syndrome mental, l'onirisme et l'agitation sont rapidement jugulés; les troubles confusionnels demandent souvent un renouvellement de la thérapeutique. »

Depuis 1955, les publications sur cet aspect thérapeutique de la sismothérapie deviennent de plus en plus rares. Cela ne veut pas dire pour autant qu'aucun psychiatre n'utilise l'électrochoc dans le traitement des psychoses alcooliques aiguës.

En 1958, BRETON et ses collaborateurs exposent les résultats de leurs travaux chez 466 alcooliques, entre 1951 et 1957, et écrivent : « Nous avons ainsi traité 67 delirium tremens par de petite doses de strychnine (10 mg par jour en deux fois), les vitamines B₁ et PP (300 à 400 mg de chaque en injection intraveineuse chaque jour), les extraits hépatiques (hépagyl 100 ou hépatrol A en injection intra-musculaire deux fois par jour), associés éventuellement à l'alcool glucosé hépatisé intraveineux, ou à la sismothérapie. Ce groupe de 67 malades comporte trois décès (la sismothérapie avait été utilisée chez 24 malades ayant tous guéri). » Puis ils ajoutent les commentaires suivants : « La sismothérapie, utilisée dès 1945 par Neveu et coll., constitue une thérapeutique utile et souvent rapidement efficace. Dans l'ensemble, il nous a paru inutile de la continuer si une amélioration franche n'est pas survenue après la deuxième ou troisième séance (quotidienne, voire biquotidienne)... Quoi qu'il en soit, la sismothérapie nous paraît indiquée en cas d'agitation extrême, surtout avec un bon état général. Par contre, elle nous semble contre-indiquée chez les nombreux sujets

à l'état général trop profondément altéré, ou après une thérapeutique neuroleptique (largactil, mélanges lytiques, réserpine), ou encore après injection intraveineuse de doses même moyennes de sulfate de magnésie, en raison du rôle dépresseur cardio-respiratoire du magnésium. »

En 1961, COSSA et PAOLI utilisent l'halopéridol mais ils estiment qu'une éventualité peut toutefois venir compliquer le delirium tremens le mieux traité : c'est « la persistance d'un délire qui cède d'ordinaire à une sismothérapie brève ».

En résumé de toutes ces affirmations, il apparaît donc que l'électrochoc est utilisé dans :

- 1° Le délire alcoolique subaigu qu'il guérit rapidement et empêche d'évoluer vers le delirium tremens.
- 2° Le delirium tremens dont il empêche l'évolution fatale.
- 3° Le délire aigu des alcooliques, en complément d'autres thérapeutiques.

C'est cet ordre que nous adopterons dans la disposition de nos observations.

— DÉLIRE ALCOOLIQUE SIMPLE : c'est la forme la plus fréquente des psychoses aiguës des éthyliques. En général il suffit d'une seule séance de sismothérapie pour amener la sédation des troubles mais parfois il en faut plus. C'est le cas du malade suivant dont nous sommes occupé depuis son entrée à Ravenel jusqu'à la guérison des troubles aigus.

OBS. 74. — Lorsque nous avons reçu, le 27 février 1964, M. GEO... Paul, 42 ans, il était solidement ligoté sur une civière. Il venait de l'Hôpital de St-Dié où il était traité depuis quelques jours pour une pneumopathie aiguë avec crachats hémoptoïques.

Il présentait un délire éthylique subaigu avec quelques troubles confuso-oniriques. Cependant la plupart du temps il était calme, bien orienté mais euphorique, logorrhéique et légèrement déshydraté.

L'examen physique révélait un sujet bien musclé au teint pâle ; la langue était saburrale, le foie augmenté de volume. Il existait un tremblement fibrillaire de la langue et des extrémités digitales. L'auscultation des deux champs pulmonaires montrait des frottements pleuraux. Une radiographie d'urgence montrait une opacité segmentaire vraisemblablement rétractile du segment apico-dorsal lobaire supérieur droit. La température était à 38°, l'urée à 0,57 g.

Il reçut un électrochoc vers 20 heures et s'endort profondément jusqu'au lendemain.

Le 28 février, dès son réveil, il était halluciné, agité et prononçait des paroles incohérentes. Il reçut alors un deuxième électrochoc suivi immédiatement par un profond sommeil : on en profita pour mettre en route une perfusion intraveineuse avec vitamines associées et foie lyophilisé despécifié Rolland ainsi qu'une injection de Largactil-Phénergan. Les neuroleptiques furent encore répétés dans la soirée.

Le 29 février : le malade était encore légèrement confus et onirique mais calme. Le même traitement que la veille fut institué, sauf la sismothérapie. La température était à 38°2, l'urée à 0,48 g.

Le 1^{er} mars au matin: reprise de l'agitation et de l'onirisme. Il reçut encore un électrochoc, suivi d'une injection de Largactil et d'une réhydratation par voie veineuse. Chose extraordinaire, M. GEO... s'assoupit et ne se réveilla que le lendemain matin: il avait donc dormi presque 24 heures sans interruption.

Le 2 mars, le malade était calme, avait une conversation plus cohérente, s'alimentait mieux mais restait désorienté. Toutes les thérapeutiques furent arrêtées sauf les vitamines et les extraits hépatiques et on prescrivit 9 ampoules de Lucidril en intra-veineux.

Le 4 mars, il était lucide, calme et conversait agréablement avec son entourage. Il se rendait très bien compte de la gravité de son état et coopérait au traitement. Cependant la température avoisinait toujours 39° et semblait en relation avec l'affection pulmonaire. M. GEO... quitta le service le 24 mars 1964 pour aller à l'Hôpital Villemin de Nancy. Il était en très bon état mental.

Les malades suivants ont été plus faciles à guérir :

OBS. 75. — M. C... Louis, 50 ans, présente à son entrée à Ravenel, le 7 juin 1960, une confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale, fausses reconnaissances, excitation psycho-motrice: il marche sans arrêt en tenant des propos incohérents, réclame à boire. L'onirisme domine le tableau: il voit partout autour de lui des animaux fantastiques, des insectes, des chariots; il essaie de retenir les murs de sa chambre en appelant à l'aide; lorsqu'il est couché, il a l'impression que son lit se soulève...

L'état général est peu atteint, la température à 37°7. L'auscultation pulmonaire et cardiaque est normale. L'examen neurologique ne montre aucun signe particulier en dehors d'un tremblement généralisé de faible intensité et d'une hyperesthésie musculaire. Le foie est de volume normal. Il existe cependant une déshydratation assez prononcée en rapport avec une transpiration abondante et un refus d'aliments et de boissons qui dure depuis deux jours.

Les troubles sont apparus le 5 juin 1960 au décours d'un épisode fébrile d'origine pulmonaire.

Dès l'entrée, il reçoit une injection de 100 mg de Largactil mais malgré cela l'agitation va en s'intensifiant, ainsi que l'onirisme et la déshydratation. On lui fait alors un électrochoc après lequel il s'endort presque immédiatement; il ne se réveille que pour le repas du soir; il est à ce moment calme, l'onirisme a disparu mais il demeure obnubilé et discrètement confus. Il est ainsi possible de le soigner convenablement par vitaminothérapie intensive, extraits hépatiques... Il passe une nuit calme avec sommeil normal et le 8 juin 1960 il a retrouvé toute sa lucidité. Il subira par la suite une cure classique de désintoxication.

Il s'agit en somme d'un accès confuso-onirique guéri par un seul électrochoc.

OBS. 76. — M. P... Eugène, 43 ans, est admis à Ravenel le 7 octobre 1961 après une tentative de suicide. Il présente en plus un délire alcoolique subaigu caractérisé par une désorientation temporo-spatiale complète, des propos incohérents et un onirisme effrayant: il voit des scènes épouvantables de massacres familiaux, sa femme et ses enfants baignant dans leur sang tandis que des êtres hideux s'acharnent sur eux. Ces visions terrifiantes provoquent chez lui de véritables raptus anxieux et c'était pour

leur échapper qu'il avait tenté de se suicider chez lui en se tailladant les veines du poignet.

Il est agité d'un tremblement généralisé mais sans signes de déshydratation. Le foie est gros et douloureux, la langue sale. La température est à 37°9.

M. P..., buveur de longue date, ne travaillait plus depuis plusieurs mois déjà. De temps en temps, il présentait des accès agressifs au cours desquels il injurait et menaçait des pires représailles les membres de son entourage.

A l'admission, on se trouve en présence d'un sujet tellement agité et épouvanté qu'un traitement énergique s'impose d'emblée. Il reçoit alors un électrochoc qui stoppe d'une façon spectaculaire l'onirisme et l'agitation. Tout de suite après on commence des injections de Largactil, de Curéthyl, de Strychnine, de vitamines et d'extraits hépatiques. Ce traitement est poursuivi pendant deux jours.

Le 9 octobre le malade est calme et complètement lucide. Il conserve cependant le souvenir de l'onirisme terrifiant dont il a été victime et il en paraît sincèrement effrayé: il se peut que par la suite il deviendra un peu plus sobre.

Les trois observations que nous venons de voir montrent que dans le cas de délire alcoolique subaigu, l'électrochoc peut avoir une action radicale et rapide pour stopper l'agitation et l'onirisme, évitant ainsi l'évolution du tableau vers un état plus grave.

— **DELIRIUM TREMENS** : la vie du malade est ici en danger et tout retard apporté à la mise en route d'un traitement énergique peut hâter l'évolution fatale. On ne peut trouver de méthode plus énergique que la sismothérapie : elle a sauvé plusieurs éthyliques de la mort. C'est le cas du malade suivant dont nous nous sommes occupé personnellement.

OBS. 77. — Il s'agit de M. COL... René, 33 ans, marié et père de quatre enfants. Malgré son jeune âge, il est très marqué par l'intoxication alcoolique chronique.

Il est admis dans le service le 7 février 1964 à 20 heures, dans un état de delirium tremens confirmé : hallucinations auditives et visuelles, agitation psycho-motrice intense, hurlements, tremblements généralisés, transpiration abondante, déshydratation très importante. La température est à 40° depuis deux jours, l'urée à 0,98. L'état général est épouvantable.

M. COL... est un cultivateur bien estimé dans son pays, malgré ses excès de boisson. Intelligent, de caractère gai et doux, il gérait bien ses affaires. Au début de l'année 1963 il perd une vingtaine de bovins à la suite d'une épidémie de tuberculose et depuis ce moment-là il est renfermé et boit de plus en plus de vin.

Les troubles actuels ont débuté le 5 février 1964 par une poussée fébrile à 39°8 et un début d'ictère. Le 6 février, il présente des hallucinations visuelles et une agitation légère. Cet état s'est aggravé dans la journée du 7 février et c'est pour cela qu'il est conduit d'urgence, le jour même, à Ravenel.

A l'admission, il reçoit d'emblée du Largactil-Phénergan en I.M. et on met en route des perfusions de différents sérums avec des vitamines, de grosses doses de foie lyophilisé Rolland, du Curéthyl et de la Tybraïne. Les antibiotiques ne sont pas oubliés.

Le 8 février au matin il est de plus en plus agité et halluciné.

En plus il est secoué de tremblements généralisés et devient agressif. Des injections de Largactil et de Phénergan n'amènent qu'une sédation partielle des troubles. Il reçoit alors un électrochoc vers 10 heures et s'endort profondément. Des perfusions sont alors mises en route. La température est toujours très élevée.

Le 9 février, il se réveille à 3 heures du matin, boit une grande quantité de liquides et se rendort sous l'effet d'une nouvelle injection de Largactil. A 10 heures, il est de nouveau agité, halluciné et transpire abondamment. Il reçoit encore un électrochoc. Il se réveille vers 20 heures: l'agitation a disparu, l'onirisme très atténué et la température est à 37°8.

Le 10 février, l'amélioration persiste; cependant on note une sub-confusion qui fait entreprendre des injections I.V. de Lucidril.

Le 13 février, il est calme, lucide et sauf complications, hors de danger.

Il quitte le service le 28 mars 1964 après une cure de désintoxication et très conscient de la gravité de son état à l'entrée.

OBS. 78. — M. S... Jacques, 30 ans, est hospitalisé à Ravenel le 28 octobre 1959. Il présente des signes évidents d'intoxication alcoolique chronique, accompagnés de troubles du caractère et du comportement, d'une déchéance physique, morale et professionnelle progressive.

L'atteinte somatique est sévère : trémulations diffuses, asthénie et déshydratation.

Orphelin de bonne heure, il a été recueilli par des parents lointains, cultivateurs, qui le considèrent actuellement comme leur propre fils. A l'âge de 16 ans c'est un jeune homme assez fruste mais très serviable; de caractère faible, il sort fréquemment en compagnie d'autres gars du village: parties de chasse ou de cartes qui se terminent le plus souvent par des libations. Il a donc contracté de bonne heure l'habitude de boire.

Quelques heures seulement après son admission dans le service, déclaration brutale d'un accès de delirium tremens typique avec tremblements généralisés, transpiration abondante, hyperthermie à 41° et hallucinations visuelles curieuses : il voit des éléphants marcher sur la cime des arbres, des enfants attachés à des poteaux et qui partent vers le ciel comme des fusées dès qu'on leur « allume » les pieds... La déshydratation est intense avec une langue rôtie; l'urée est à 0,87 g.

Malgré un traitement comprenant du Curéthyl, des vitamines, des extraits hépatiques et surtout du Largactil injectable à fortes doses, l'agitation et les hallucinations s'intensifient et l'état du malade prend une allure dramatique.

Le 29 octobre il reçoit deux électrochocs: un à 10 h. et l'autre à 15 h. Il se réveille à 21 heures, demande à boire et après avoir étanché sa soif il se rendort calmement.

Le 30 octobre M. S... est calme, lucide et ne délire plus. On continue le Largactil mais en per os, le Curéthyl, les vitamines et les extraits hépatiques pendant encore quelques jours.

Le 4 novembre tout est rentré dans l'ordre et on commence les traitements préliminaires pour une cure de désintoxication classique.

OBS. 79. — M. JO... Michel, 53 ans, est admis dans le service le 12 mai 1961 dans un état d'agitation psychomotrice intense: désorientation temporo-spatiale et surtout onirisme effrayant: il tourne sans arrêt dans sa chambre à la recherche d'une issue pour échapper à ses visions terrifiantes. Dès qu'il se couche, il

fait trembler tout le lit. La transpiration est abondante et provoque une déshydratation de plus en plus intense. La température est à 39°8, le pouls à 130 et l'urée à 0,96 g.

Le malade boit environ 3 litres de vin par jour et il est souvent ivre; d'ailleurs sa réputation d'ivrogne est bien ancrée dans le village. Cependant il est aimé et bien considéré par ses concitoyens grâce à son habileté professionnelle (il est mécanicien-électricien).

Depuis le mois de mars 1961 il est en bute à des soucis d'argent à cause de la maladie de sa femme, atteinte d'une cardiopathie. Il est alors devenu violent avec son entourage et ne supporte plus aucune contradiction.

Le 11 mai au soir, début brusque des troubles: il voit des serpents à tête de rat, des cordes lui frôlent le visage et des individus à mine patibulaire s'avancent vers lui pour le pendre...

À l'admission, on se trouve donc devant un *delirium tremens* typique. Dès qu'on s'adresse à lui, M. JO... devient agressif et dangereux. Il est donc impossible d'entreprendre quoi que ce soit chez un tel forcené. Quatre infirmiers lui sautent dessus et l'immobilisent juste le temps nécessaire pour lui faire un électrochoc, c'est-à-dire quelques secondes. Il s'endort alors profondément et on en profite pour faire des injections de Largactil-Phénergan et commencer les autres thérapeutiques.

Le 13 mai, il retrouve son équilibre: il est calme, bien orienté, mais conserve quelques séquelles oniriques qui disparaissent les jours suivants.

Il quitte le service le 9 juin 1961 après une cure de désintoxication. Il est revu pour la dernière fois en post-cure le 24 octobre 1963 : il est souriant, détendu et surtout complètement abstinent.

OBS. 80. — Il s'agit cette fois d'une femme, Mme M., Yvonne, 45 ans, qui présente à son entrée à Ravenel, le 27 mai 1963, des troubles mentaux caractéristiques d'un délire alcoolique aigu: agitation psychomotrice violente, tremblements généralisés, désorientation temporo-spatiale, onirisme intense avec hallucinations visuelles et auditives. L'état physique est déplorable: amaigrissement, anémie, déshydratation très avancée et légère hyperazotémie (0,72 g). La température est à 39°7.

Cet état s'est déclenché à l'Hôpital de St-Dié où la malade était hospitalisée depuis deux jours, en raison de l'écrasement accidentel d'une phalange.

Dans ses antécédents on note des alternatives de dépression et de violentes colères depuis 1950. Les disputes avec le mari sont très fréquentes depuis quelques mois.

En ce qui concerne l'éthylisme, mutisme absolu de la part du mari qui a lui-même le nez bourgeonnant et un visage couperosé.

Le traitement comprend, en dehors des vitamines, extraits hépatiques, Curéthyl, etc..., une alternance de perfusions de Viadril et de trois séances de sismothérapie. Cette thérapeutique combinée amène en quelques jours la disparition de tous les signes du *delirium tremens*. Seul l'état physique reste médiocre.

Sortie contre avis médical le 15 juin 1963.

— DÉLIRE AIGU ALCOOLIQUE : c'est la terreur des psychiatres devant tout *delirium tremens*. Son traitement est le même que celui du délire aigu classique de MARCHAND. Nous y avons longtemps insisté.

Notre observation 67 illustre bien cette question.

Avant de conclure, qu'il nous soit permis de soulever ici le problème de l'hallucinosc alcoolique. De nombreux travaux ont été consacrés à cette affection dont la pathogénie provoque toujours des polémiques. C'est le traitement seul qui nous intéresse ici.

BENEDETTI, cité par BOURDON, estime que c'est une psychose toxique qui guérit spontanément.

EX écrit : « Les médicaments neuroleptiques associés à un sevrage prolongé semblent permettre de différencier cette hallucinosc alcoolique, qui réagit favorablement à ce traitement, d'états délirants de déterminisme plus complexe et d'évolution irréversible (REQUET et NACHIN, 1957). »

BOURDON utilise des électrochocs. L'exemple suivant semble lui donner raison.

OBS. 81. — Il s'agit de M. T... André, 30 ans, hospitalisé dans le service le 5 novembre 1958 pour un délire alcoolique subaigu avec troubles confuso-oniriques intenses, anxiété, agitation psychomotrice et hallucinations visuelles : il voit des « Boches » qui veulent le tuer... du sang coule partout...

Issu de parents éthyliques (père décédé à la suite d'un delirium tremens), le malade arbore, à 30 ans, tous les stigmates de l'imprégnation éthylique chronique : visage coloré, trémulations, crampes dans les mollets, pituités matinales, etc. Les habitudes éthyliques sont entretenues par l'activité professionnelle de l'intéressé et par l'attitude de l'épouse dont le visage est aussi coloré que celui du mari.

Sous l'effet d'une thérapeutique à base de Curéthyl, vitamines à fortes doses, strychnine et Largactyl injectable, les troubles aigus s'estompent rapidement. L'état général s'améliore de jour en jour.

Brusquement, apparition, le 30 novembre 1958, de troubles hallucinatoires intenses : hallucinations auditives à thèmes de commentaires, de menaces, d'insultes. M. T... prend des attitudes d'écoute, la main en cornet devant l'oreille droite et entend des voix d'hommes et de femmes qui lui commandent de jeter sa cigarette, de hocher la tête... Il répond aux voix et fouille partout dans la chambre à la recherche d'un appareil caché et manipulé à distance par un certain Dubois.

Différents examens (PL, FO, PEG) sont entrepris et ne décèlent rien d'anormal.

Comme traitement, on lui fait des injections I.V. de Frenquel et il prend jusqu'à 600 gouttes de Largactil per os sans aucun résultat : les hallucinations persistent toujours. Vers le 20 décembre, on commence une série de 8 électrochocs espacés en association avec les deux médicaments précités. Une nette amélioration se dessine alors et le malade quitte le service le 7 février 1959 complètement guéri.

Le même état est constaté à la consultation de post-cure du 28 février 1961.

Que le lecteur nous excuse s'il trouve trop long cet exposé sur l'emploi de la sismothérapie dans les psychoses alcooliques aiguës. Nous avons volontairement exposé toutes les opinions trouvées au cours de nos recherches bibliographiques pour faire le plus de lumière

possible sur une méthode thérapeutique qui a pris naissance à Ravenel en 1945. Elle y est utilisée avec succès depuis donc bientôt une vingtaine d'années sans pouvoir obtenir à l'extérieur tout le crédit qu'elle mérite. Elle n'est cependant pas complètement ignorée par les autres psychiatres : les déclarations de BRETON et ses collaborateurs datent de 1958, celle de COSSA et PAOLI de 1961. Nous les avons illustrées par des observations récentes, certaines même relevées en 1964. Qu'il nous soit permis de renouveler ici le vœu formulé par BOYER à la fin de sa thèse : « Complétant la longue expérimentation de P. NEVEU, nous espérons que les quelques cas que nous avons rapportés inciteront d'autres thérapeutes — après RONDEPIERRE — à oser appliquer la méthode. »

DÉLIRES CHRONIQUES

Les états dits délirants chroniques occupent une très large place dans la pathologie mentale de l'adulte. Dans ce vaste groupe de psychoses, En distingue :

— les délires chroniques systématisés ou psychoses paranoïaques : de tous les malades mentaux, c'est une des catégories les plus difficiles à manier, une des plus dangereuses pour les familles et les psychiatres. Ces protestataires nés, souvent doués de vivacité d'esprit et d'intelligence, développent, en effet, leurs thèmes et leurs interprétations avec une apparence de rigoureuse logique, qui laisse dans l'ombre la fausseté des prémisses. A côté des revendicateurs on trouve aussi dans ce groupe des érotomaniaques, des délirants de jalousie, des inventeurs incompris, des idéalistes passionnés, et des délirants interprétants.

— les psychoses hallucinatoires chroniques caractérisées par l'importance considérable des phénomènes psychosensoriels (hallucinations verbo-motrices, olfactives, gustatives).

— les délires fantastiques ou paraphrénies : ils sont définis par des idées délirantes extravagantes, des récits imaginaires contrastant avec l'excellente adaptation du malade au monde réel et la conservation de la lucidité et du fonds mental.

Toutes ces formes ont en commun, à des degrés divers, la cohérence de la personnalité et l'organisation durable du délire sans altération profonde du contact vital avec la réalité. Ce sont des malades qui éprouvent très désagréablement les effets secondaires des drogues et c'est pour cette raison que la bonne tolérance subjective des médicaments doit être placée en premier plan des préoccupations thérapeutiques.

Avant 1940, le dogme de l'incurabilité des états délirants chroniques était bien ancré dans les esprits. Les psychiatres de naguère se contentaient d'une attitude « contemplative » devant ces affections. La découverte des thérapeutiques biologiques (électrochocs et neurolep-

tiques) leur a fourni des armes efficaces dont le choix varie selon les auteurs.

— Les partisans de *l'utilisation de la chimiothérapie seule* sont nombreux.

LAMBERT et ses collaborateurs écrivent en 1959, à propos du traitement des délires chroniques : « ...La chlorpromazine, par contre, garde dans ce domaine une indication de choix. Nous la prescrivons plus souvent et plus volontiers que chez les schizophrènes où les phénothiazines pipérazinés tendent, dans notre pratique, à supplanter la chlorpromazine. Il semble que, chez les délirants chroniques, la chlorpromazine soit spécialement efficace et présente peu d'inconvénients... »

DELAY et DENIKER proposent le schéma thérapeutique suivant : « On sait que les psychoses qualifiées de « paranoïaques » étaient classiquement regardées comme particulièrement inaccessibles à toute thérapeutique. Dans ces cas, l'action des chimiothérapies modernes — même si elle reste limitée — ouvre des possibilités de traitement et de compréhension qui comptent parmi les acquisitions les plus considérables de la nouvelle méthode..... il est aujourd'hui logique, en présence d'une psychose hallucinatoire, de recourir d'abord aux butyrophénones neuroleptiques. et en premier lieu à leur chef de file, l'halopéridol..... ». Et ils ajoutent : « En outre, nous avons à plusieurs reprises mentionné l'inefficacité relative des chimiothérapies nouvelles en ce qui concerne les délires d'imagination ou paraphrénies; l'emploi des neuroleptiques majeurs, qui diminuent peut-être le nombre des cas qui restent insensibles au traitement ne modifie cependant pas cette opinion... »

Plus près de nous, BONNET est du même avis : « En ce qui concerne les délires chroniques, on peut dire que les délires fantastiques ou paraphréniques réagissent habituellement de façon remarquable aux neuroleptiques. Dans ces cas, il est rarement nécessaire d'utiliser des associations, sauf dans un but correcteur. Les délires systématisés ou paranoïaques, par contre, sont beaucoup plus résistants à la chimiothérapie et justifient, à notre avis, un recours d'emblée aux associations médicamenteuses, en particulier dérivés pipérazinés et non pipérazinés... »

Les observations suivantes nous serviront d'exemples.

OBS. 82. — Mme S... Jeanne, 69 ans, est hospitalisée pour la troisième fois à Ravenel le 5 janvier 1963. De caractère paranoïaque, elle a présenté au cours des trois hospitalisations le même état délirant interprétatif dont nous trouvons les différents thèmes dans une lettre adressée au médecin-chef le 10 août 1960. Voici le texte intégral de cette lettre :

« Depuis longtemps j'accuse mon mari de me faire des piqûres. Avant de le faire, il m'endort avec du chloroforme et c'est ainsi que je ne me réveillais jamais sous la douleur qui devait être violente. Je retrouve souvent des serviettes imbibées d'eau: il les lave pour faire disparaître les taches de chloroforme.

En faisant ma salle à manger, j'ai trouvé un petit morceau qui ressemblait à du charbon; je l'ai broyé, c'est devenu de la poudre: j'ai essayé de la faire diluer dans l'eau mais elle restait à la surface. Je pense que c'est avec ça qu'il fait les injections. J'ai vu des traces dans la cuisine et jusqu'au grenier; c'est au grenier qu'il cache ses choses.

Pendant 30 ans il fut un honnête homme puis un jour du mois de mars 1956 il partit à Nancy chercher du travail. Il y trouva une femme plus jeune que lui de 30 ans: ce fut sa perte et pour moi le commencement de l'enfer. Rien ne peut égaler les tortures morales que m'inflige mon mari depuis 4 ans. Je devais disparaître à seule fin de lui laisser le champ libre et comme cela n'allait pas vite il imagina des attentats: un à Nancy où ma vigilance dépista l'homme, un à Paris où trois hommes étaient postés à la gare: ils se sont longuement parlé en me regardant et comme j'étais sur mes gardes, ils n'ont pas insisté. Quand mon mari arrive de Nancy ou d'ailleurs je fuis car sa présence me remplit d'horreur. Je pense à la nuit horrible qu'il me faut passer près de ce monstre qui n'est plus rien pour moi. Voleur, assassin, bandit, empoisonneur, il est tout cela l'homme que j'ai aimé pendant 30 ans; les autres 5 ans appartiennent au crime: il a appartenu et appartient encore au « milieu » de Paris et de Nancy.

Voilà à peu près ce que j'ai à dire; il y a d'autres choses mais on ne me laissera plus peut-être le temps de les exposer; si je meurs, quelqu'un vous remettra des objets dont il s'est servi.

- un tapis de table en plastic sur lequel mon mari fabriquait son poison; il en porte les traces.
- un matériel complet de bourreau et d'assassin.
- une dent à moi où l'on retrouve la trace de son poison.
- un manteau beige avec de nombreuses taches de sang qui ont dû être lavées mais que l'on reconnaît quand même. »

Au cours des deux premières hospitalisations (1960 et 1961) la malade a été soignée par une association de neuroleptiques et d'une cure d'ancêtrement de Bini.

Cette fois-ci, elle reçoit 150 mg de Largactil associés à de la Terfluzine. Au bout de deux mois de ce traitement on vit réapparaître chez Mme S... une certaine sociabilité avec persistance du système interprétatif. Celui-ci est cependant dépouillé de la réactivité passionnelle.

Au mois d'avril 1963, l'activité délirante a complètement disparu.

Elle quitte le service le 27 juin 1963 presque guérie mais le pronostic est évidemment réservé, étant donné le caractère paranoïaque de la malade.

OBS. 83. — Mme P... Louise, 54 ans, est admise à Ravenel le 15 août 1960 pour un syndrome délirant à teinte de persécution et d'influence surnaturelle. Cet état psychotique est apparu trois ans auparavant par une période d'inquiétude cultivée et enrichie par des pratiques spirites, avec réunions et consultations de voyantes et medium, lecture de livres spécialisés...

A l'entrée, elle est en pleine activité délirante, soumise à des phénomènes d'influence extérieure extrêmement vifs, torturée par des hallucinations qui touchent surtout la sphère génitale et contre lesquelles elle expérimente mille petits moyens de protection.

Il existe encore des hallucinations auditives entendues dans les deux oreilles comme des voix humaines, des visions, illusions et interprétations diverses, peut-être même des phénomènes oniriques. Les persécuteurs désignés sont vivants et deviennent de jour en jour plus nombreux; tous sont commandés par l'« invisible »

qu'ils incarnent et qui est partout. Les plus grands châtiments sont appelés sur eux.

Le courant imaginaire qui colore tout le tableau clinique a favorisé l'élaboration d'un système complexe de protection divine: Dieu est là, il a fait plusieurs miracles spécialement pour elle.

Comme traitement, elle reçoit 150 mg de Chlorpromazine IM puis p.o. pendant plusieurs mois. Les premières injections de Chlorpromazine sont suivies d'une sédation remarquable de l'érethisme mental. Les voix sont encore perçues mais s'éloignent, les autres phénomènes hallucinatoires disparaissent ou perdent de leur esthétique.

Sous l'effet de la Chlorpromazine et grâce à une psychothérapie délicate les idées délirantes disparaîtront très lentement pour ne plus réapparaître après.

Elle quitte le service le 27 avril 1961.

En résumé il s'agit d'une psychose hallucinatoire chronique dans laquelle on note une amélioration très importante et progressive sous l'effet d'un traitement à la Chlorpromazine poursuivi sans interruption pendant 8 mois.

OBS. 84. — Mme L... Trinidad, 43 ans, est admise dans le service le 19 janvier 1960 pour un état délirant de type paraprénique. C'est une espagnole naturalisée qui vit en France depuis de longues années.

Dans ses antécédents pathologiques il faut signaler une ovariectomie droite en 1940 et un syndrome d'excitation pré-menstruelle de toujours. Elle a beaucoup souffert en Espagne car ses parents n'avaient aucun métier précis: « J'ai souffert de la faim et des privations; je rêvais de la France pour manger à ma faim en travaillant... »

Les troubles mentaux ont commencé il y a trois ans à la suite d'une fausse couche. Il s'agissait d'un délire extrêmement sthénique qui s'enrichissait chaque jour et envahissait de plus en plus la personnalité de la malade.

A l'entrée on note une grande richesse hallucinatoire avec des idées délirantes en vrac, mal systématisées et sans lien logique: ronronnement de camera, film qui se déroule devant ses yeux: « Je vois des silhouettes et des images de toutes sortes: c'est une espèce de cinéma qui se déroule devant moi. »

Elle présente aussi des hallucinations auditives avec idées de persécution dirigées contre deux médecins de Remiremont: ils lui parlent distinctement à la radio pour lui donner des ordres: « Il faut que tu nous donnes ton cœur, tes yeux... ». Ils agissent aussi par télépathie car elle refuse de se donner à eux. « J'ai un moteur dans mes organes et j'entends les voisins qui se donnent tous la main pour me torturer... j'ai comme une rivière dans le corps; il y a tout là-dedans, des pierres précieuses, des mauvaises odeurs... j'ai été crachée pire que Jésus-Christ... »

Le traitement comprend d'emblée 150 mg de Largactil I.M. pendant 10 jours, puis 250 gouttes per os. Au début une petite amélioration est notée mais sans critique des troubles. Cependant sous l'effet d'un traitement poursuivi sans relâche tous les éléments délirants et hallucinatoires disparaissent progressivement. A sa sortie, le 5 mai 1960, Mme L... ne conserve que de vagues souvenirs de ses troubles et les critique.

Les délires chroniques peuvent donc être soignés efficacement par les neuroleptiques et particulièrement par la chlorpromazine. Cependant la chimiothérapie n'a pas l'exclusivité dans le traitement de ces affections.

— *L'électrochoc*, sous forme de la méthode d'anéantissement, est préconisé par de nombreux psychiatres.

GÉRARDIN concluait ainsi en 1950 son chapitre sur le traitement des états délirants chroniques : « Compte tenu de ces faits, nous n'hésiterons pas à affirmer que « tous » les délirants entrant actuellement à l'Hôpital psychiatrique, quelles que soient la symptomatologie présentée et la durée de l'évolution pré-hospitalière, tous doivent subir l'épreuve du traitement avant d'être considérés comme « incurables ». Bon nombre d'entre eux ont des chances de bénéficier de cette expérience. Même si la méthode intensive ne nous donnait que ce seul espoir, ce serait déjà une raison suffisante, pour lui faire prendre place dans la gamme des thérapeutiques actuelles. »

Les auteurs anglais HENDERSON et GILLEPSIE estiment que la guérison des paranoïaques est rare mais que « dans les cas les moins complexes, tels que les paraphrénies et les états paranoïdes, de meilleurs résultats ont été obtenus par l'insulinothérapie, l'électrochoc et la leucotomie... »

— Cependant les délirants chroniques hospitalisés actuellement reçoivent systématiquement des neuroleptiques. La préférence va donc à une *association chimiothérapie-électrochoc*. Plusieurs modalités sont possibles.

Certains commencent d'emblée par une électrochothérapie intensive pour préparer le terrain à la cure neuroplégique. C'est le cas de LABOUCARIÉ et ses collaborateurs qui ont obtenu 13 guérisons sur 20 malades chez lesquels « le traitement d'attaque a commencé par une série d'électrochocs groupés, non pas seulement pour obtenir une action thérapeutique plus rapide, mais surtout pour réaliser d'emblée une dissolution thérapeutique plus profonde que la seule cure neuroplégique ne pouvait réaliser aussi sûrement. Il peut être important, en effet, d'instaurer la cure neuroplégique à partir d'un niveau morbide différent. »

D'autres comme EY font l'inverse : « Depuis quelques années, ce sont les neuroleptiques qui sont les plus employés : chlorpromazine, réserpine, halopéridol, prochlorpémazine, etc... Ce traitement doit être prolongé pendant des mois. On obtient parfois des succès inespérés (Sigwald et Bouttier, Delay, Roppert et Deniker, Borenstein, Ronce, Jusquet et Roger, Henri Ey et Sakellaropoulos...), et surtout une remarquable action suspensive de l'effervescence délirante. » En dehors de cela « quelques séances d'électrochocs peuvent être prescrites et parfois on peut avoir recours à la méthode de sommation (Bini et Bozzi, 1947). »

KIFFEL a préparé, à Ravenel, sous la direction de Mme le docteur R. THIÉBAUX, une thèse sur le traitement des délirants chroniques par des cures alternées de chlorpromazine et d'électrochothérapie confusionnelle. Le point de départ a été l'analyse de travaux publiés sur la chlorpromazine et sur l'électrochoc. « C'est après l'analyse de quelques résultats heureux et inespérés que s'est dégagée la notion

de l'intérêt d'une telle association qui semblait réaliser non seulement une simple sommation d'effets symptomatiques favorables, mais bien une nouvelle forme d'action thérapeutique plus profonde, plus efficace et plus régulièrement efficace que chacun de ses constituants agissant isolément. » Il a obtenu 9 guérisons complètes et 5 rémissions sur un lot de 14 malades dont le délire chronique est parfois très ancien. L'expérimentation ne s'est pas déroulée sans mal : « Bien des résultats, en effet, n'ont été acquis qu'après une succession de plusieurs cures alternées des deux thérapeutiques : quand la chlorpromazine succède à l'électrochoc, elle est instaurée en principe à la fin de la période confusionnelle. A l'inverse, l'électrochoc confusionnel interrompt les prises orales de chlorpromazine à un moment quelconque, quand les progrès sont faibles, douteux ou trop lents. »

TRILLAT et ses collaborateurs proposent le schéma suivant : « Les malades, isolées en chambres individuelles étaient soumises à une cure de chlorpromazine (200 mg en moyenne) devant durer trois semaines à un mois environ. Dès le début de cette cure était commencée la sismothérapie par électrochocs répétés... A la fin de la phase confusionnelle, un fait ressort avec évidence et résume toute l'action thérapeutique de la méthode : le malade a oublié son délire alors qu'il a récupéré les éléments sains de sa personnalité. »

Les observations suivantes ne démentent pas toutes ces affirmations.

OBS. 85. — M. S... Robert, 36 ans, rapatrié d'Algérie, est admis dans le service le 28 février 1963 pour un état délirant avec idées de persécution, de transformation sexuelle, graphorée intense.

Le malade, bachelier, a d'abord voulu préparer une licence de mathématiques mais il abandonne vite ce projet et essaie plusieurs postes dans l'administration et l'enseignement sans pouvoir se fixer nulle part. Il a même voulu se faire prêtre vers l'âge de 18 ans mais sans grande conviction.

Les premiers troubles mentaux remontent à 1961 : M. S... mène à ce moment-là une vie misérable, presque en marge de la société. On le rencontre souvent dans la rue, les yeux hagards et ne semblant reconnaître personne. Il se croit persécuté par des sectes mystérieuses. Il porte des dessous féminins car il pense avoir changé de sexe. Atteint de graphorée intense, il écrit à plusieurs reprises, avec accusé de réception, au Président de la République, au Pape, au Ministre du Travail... Ses écrits sont parsemés de revendications diverses mais ils illustrent bien les troubles accusés par le malade ; en voici quelques extraits :

« ...J'ai toujours prié dans l'église d'Arches, devant la Croix et la statue de la Vierge, sans fréquenter les offices par suite d'ondes qui me traversent le corps... garçon de 36 ans, célibataire mais sur le point de me marier en toute honnêteté, je suis devenu, par un travail de 10 mois environ, par ondes ou courants électriques, une femme. ...Des perceptions sérieuses, nombreuses et prolongées, affirmaient hier que je me trouvais enceinte : ils ont profité de mon sommeil pour m'ensemencer... ils ont essayé de me forcer à tous les vices par ondes auditives ; ils m'imposent, quand je ferme les yeux, des images ou des films lamentables de perversité, de sadisme et même de satanisme : femme nue sur un lit, prsonnage noir tapant à coups de marteau sur un crucifix... ma santé est intégralement entre leurs mains : ils peuvent

en un quart d'heure me mettre complètement à plat, me bloquer les poumons, m'enlever la prostate... »

Le délire s'écoulait ainsi sans aucune retenue.

Du 1^{er} au 5 mars, le malade subit un traitement confusionnel avec une série de 10 électrochocs très rapprochés. Dès le 6 mars on commence une cure de Largactil (200 gouttes par jour).

Le 15 mars: malade calme, légèrement désorienté, mais on note une véritable dissolution du syndrome délirant.

A partir du début d'avril, l'amélioration est considérable : disparition totale des préoccupations délirantes, perte totale des souvenirs de la période morbide; le malade est moins réticent et méfiant qu'à l'entrée. Il quitte le service le 25 mai 1963 complètement guéri de l'épisode délirant ayant nécessité l'hospitalisation.

OBS. 86. — Mme B... Laurence, 34 ans, est une femme intelligente, de nature affective et sans antécédents pathologiques particuliers. Mariée, un enfant, elle tient avec son mari un magasin de coutellerie-orfèvrerie.

Le 14 avril 1960, elle est hospitalisée dans le service pour un état d'anxiété diffuse avec ralentissement psycho-moteur et idées délirantes imprécises à thème de persécution : « Je suis gaie mais on m'empêche d'être gaie; ma belle-mère et ma belle-sœur me répètent sans arrêt que je ne suis pas de leur bord; elles critiquent tout ce que je fais... Quand je m'habille, j'ai l'impression qu'on se moque de moi.

« J'ai peur qu'on me tue; je suis malade depuis que j'ai mangé ces pommes que la voisine m'a données: on a dû mettre quelque chose dedans; depuis ce moment-là, je fais attention à ce que je mange...

« J'ai peur de ces camions, de ces voitures qui viennent tard; ce n'est pas normal... »

Le traitement comprend d'abord une série de 10 électrochocs espacés, suivie d'une cure de Largactil injectable puis per os. L'état s'améliore mais une rechute se dessine vers le 15 mai. On arrête alors le Largactil, le temps d'entreprendre une autre série de 10 électrochocs. Cette fois-ci la guérison des troubles paraît plus stable: la malade quitte le service le 1^{er} juillet 1960 avec du Largactil à prendre chez elle.

Quelques jours après la sortie, les idées délirantes reviennent avec, cette fois, une nette prédominance de jalousie : « J'ai peur que mon mari ne m'aime pas comme avant, il n'est plus pareil avec moi... il fréquente une autre femme et mon fils est d'accord... » Elle se livre alors à de nombreux actes excessifs: elle accapare toute la correspondance, même celle des fournisseurs et des clients du magasin, cache l'argent du ménage pour que son mari « ne le gaspille pas avec ses maîtresses », enferme son mari dans la cave pendant plusieurs heures parce qu'il a eu l'imprudence de laisser la clef sur la porte en descendant chercher du charbon, devient agressive vis-à-vis de son fils... Il faut signaler qu'elle n'a jamais pu avoir une preuve concrète de son infortune : « Je n'ai jamais rien trouvé; vous pensez, c'est trop bien organisé... »

C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée de nouveau à Ravenel le 8 novembre 1960. Le même traitement que les autres fois lui est appliqué, à savoir une série de 10 électrochocs suivie d'une cure de Largactil. Une amélioration se dessine dès les premiers chocs.

Mme B... quitte le service le 10 février 1961 bien détendue et sans aucune idée délirante. Elle est suivie en post-cure jusqu'en mai 1963: l'état mental est satisfaisant.

Les deux observations précédentes montrent l'efficacité de l'association électrochoc-chlorpromazine mais cette efficacité ne sera jamais aussi flagrante que dans les cas suivants. Les phrases suivantes de Mme MASSON et ses collaborateurs conviennent bien à ces malades « dont l'affection était considérée comme pratiquement incurable dans l'état actuel de nos méthodes thérapeutiques, et par conséquent pour lesquels les inconvénients de la possibilité d'une légère détérioration — moins élevée cependant que dans les suites des interventions chirurgicales et en principe non susceptible d'aggravation lointaine d'origine cicatricielle — paraissaient négligeables par rapport à l'avantage d'une guérison sociale avec retour à une vie familiale ou sociale ou, à défaut, d'une forte amélioration modifiant profondément les conditions de vie du malade à l'hôpital psychiatrique. » Les auteurs veulent parler de l'emploi de l'électrothérapie intensive chez les chroniques dont le délire dure depuis plusieurs années.

OBS. 87. — Mme P... Madeleine, 50 ans, est admise dans le service le 23 juin 1949. Voici son bulletin d'hospitalisation, établi par le docteur Xavier Abély, de Ste-Anne :

« Est atteinte d'un syndrome délirant interprétatif avec excitation psychique sur fond de déséquilibre mental. Idées délirantes de persécution, d'influence, de préjudice, de vanité (elle subit des rayons cosmiques qui auraient dû la tuer si elle n'était protégée par de hauts personnages; on se sert d'elle comme un cobaye; elle est trop clairvoyante pour ne pas découvrir les complots; elle est la victime des états-majors; on la suit partout où elle va et on pénètre chez elle pour détériorer ses affaires; elle a rendu de grands services à la Défense Nationale et elle est dépositaire de secrets d'Etat...).

Interprétations multiples parfois d'allure pseudo-hallucinoïde. Imagination débordante. Bizarrie du langage avec loquacité, fuite des idées et jeux de mots.

Récriminations accompagnées parfois d'agitation très vive et d'impulsivité : bris de carreaux, projection d'objets par la fenêtre, tentatives de suicide.

Déjà internée en 1940 pour un syndrome analogue. »

Dans le service, elle reste très agitée et agressive : elle arrache ses pansements, gifle les infirmières et injurie son entourage. En plus elle essaie plusieurs fois de s'évader et, devant son impuissance à le faire, elle harangue les autres malades pour les pousser à la révolte.

Le traitement comprend :

— de 1949 à 1955 : plusieurs séries d'électrochocs espacés qui calmaient l'agitation de la malade mais ne donnaient pas d'amélioration nette, du S.O.B. et les cures habituelles de Largactil.

— au début de 1956 : une seule série d'électrochocs appliqués selon la méthode de Bini et associés à une cure énergique de Largactil amènent une amélioration progressive mais spectaculaire : Mme P... n'extériorise plus aucune idée délirante, son humeur et son comportement se normalisent.

Cette amélioration inespérée dure plusieurs mois et comme la famille s'engageait à s'occuper de la malade, la sortie est accordée le 18 décembre 1956.

La guérison dure encore actuellement, soit environ 7 ans après.

OBS. 88. — Mme P... Suzanne, 46 ans, est hospitalisée à Ravenel le 6 janvier 1950 pour psychose hallucinoïde avec automatisme

mental, transmission de pensée, influence subie, voix impératives; fond paranoïaque; délire complexe, bien systématisé à thème de persécution; revendications; subexcitation.

Pour illustrer son histoire, nous nous contenterons de glaner par-ci par-là des passages dans l'énorme courrier qu'elle n'a cessé d'écrire depuis le début de son hospitalisation :

« Dans le pays où j'étais institutrice de 1941 à 1950, on était bienveillant envers moi.. Je suis allée à Maréville en 1947 et quelques vulgaires plaisantins se sont mis à me faire des chocs; ils voulaient me priver de moi-même en m'envoyant des ondes; j'étais à l'école normale quand cela a commencé. Nous devions servir de démonstration à Julio Curie. Un jour il est venu à l'école; il connaissait ma pensée aussi bien que les moines qui m'avaient baptisée car à ce moment-là il y eut un pacte signé à l'insu de mes parents: ce pacte devait durer 30 ans; il se terminait donc le 4 décembre 1949. On pouvait m'habiter et me priver de ma personne. Je sens la hargne des autres mais je n'en souffre pas. Ils connaissaient ma pensée; c'est comme cela que vient l'amélioration radicale des autres malades; je paie pour eux... Ma grand-mère était dans les histoires de spirite; elle était en rivalité spirite avec sa famille et c'est sur moi que retombent ces choses-là; c'est pour cela qu'on m'a internée.

Mon mari et ma famille sont contre moi; ils font ça pour avoir de l'or. L'adversité est nettement contre moi, je le sens bien: je suis victime de tous ceux qui se servent du pacte... On m'avait fait enfermer à Maréville en 1947 pour cacher des traîtres de guerre; j'ai été mêlée à différentes histoires mais si je dis quelque chose mon fils qui a 14 ans subira des sanctions... la nuit, avec le radar, je n'ai plus mon corps ni mes mains; on me prive de moi-même pour avantager l'autre femme de mon mari...

En vertu de l'article 21 de la Constitution Française je dois protester énergiquement et faire des colères contre ceux qui se donnent le droit de m'attribuer toutes les tares et toutes les fautes de personnes que des relativités douteuses, établies par un arbitraire honteux, ont placées au-dessus de moi... les spirites et les techniciens ont mis en onde des feux trop réchauffants afin de bouleverser ceux qui vivent au mépris de la loi... » On pourrait écrire des pages et des pages dans le même style. Ces lettres étaient adressées aux médecins, au directeur de l'hôpital, à certains ministres...

Pendant 9 ans, toutes les thérapeutiques dont on disposait furent essayées chez cette malade sans d'autres résultats que des améliorations transitoires; ainsi elle reçut :

- plusieurs séries d'électrochocs espacés (200 chocs en tout).
- des cures prolongées de Largactil, Serpasil, Nozinan, Equanil, etc.
- une cure de Sakel.

Le délire était toujours aussi tenace qu'à l'entrée.

La période capitale se situe entre 1959 et 1960. Tout en continuant à prendre du Largactil, Mme P... subit deux cures d'anéantissement de Bini: la première entre décembre 1959 et janvier 1960 avec 31 chocs, la deuxième en février-mars 1960 avec 28 chocs. Brusquement, en sortant de la dernière confusion, la malade ne présente plus d'idées délirantes. Cette amélioration se maintient par la suite et Mme P... quitte le service le 5 avril 1960, soit après une dizaine d'années d'internement. Elle est suivie en post-cure jusqu'au 18 avril 1961 sans que l'on note la moindre amorce de rechute. Elle se présente à la consultation toujours habillée à la dernière mode et personne ne pouvait reconnaître en elle la malade qui a déliré pendant dix ans dans un service fermé de

Ravenel. Malgré l'arrêt des consultations de post-cure, elle est restée en contact avec le médecin qui l'a guérie. Elle lui a envoyé une carte de vœux à l'occasion du Jour de l'An 1964.

L'association de l'électrochothérapie intensive et de la chlorpromazine se traduit donc chez les délirants chroniques par une grande efficacité. Elle apporte la preuve que les délires, même très anciens, ne sont pas incurables. Autant dire que tous les malades sans exception doivent être longuement et minutieusement traités : les succès peuvent jaillir même dans les cas désespérés comme l'étaient ceux de Mmes P... Madeleine et P... Suzanne.

SYNDROMES PSYCHONEVROTIQUES

Les différents auteurs groupent sous ce nom un ensemble d'états cliniquement bien définis, quoique fréquemment combinés : l'anxiosse, l'hystérie, la phobie et l'obsession auxquelles sont rattachées l'anorexie mentale et les toxicomanies. Les syndromes n'altèrent pas la personnalité du malade et, par suite, s'accompagnent d'une conscience pénible de l'état morbide. Cependant il arrive parfois que l'état mental frise la psychose.

C'est un domaine où tout a été tenté. La psychothérapie sous toutes ses formes et la psychanalyse restent actuellement, malgré le grand progrès des différentes thérapeutiques, la seule arme valable contre ces affections. Leur ambition est de transformer le fonds de la maladie. Cependant les traitements symptomatiques ne sont pas à négliger et c'est sur eux que nous insisterons le plus.

LA NÉVROSE D'ANGOISSE

L'anxiété, sous ses diverses formes, constitue ici le symptôme central. Le malade éprouve le sentiment de l'imminence d'un danger indéterminé et tout son être attend, dans le désarroi le plus complet, l'arrivée de la « catastrophe ».

Les traitements symptomatiques s'adressent particulièrement à ces crises anxieuses au cours desquelles le malade peut se livrer à des réactions dangereuses (suicide, auto-mutilation, fugue, vols, etc...). Leur but est d'obtenir la sédation immédiate de l'anxiosse et de ses équivalents symptomatiques. Le choix des moyens est plus controversé ici que partout ailleurs.

— Certains *rejetent purement et simplement les électrochocs et conseillent de s'adresser à la chimiothérapie* :

KAMMERER, cité par POROT, écrit à ce sujet : « Les structures anxieuses permanentes des névroses résistent presque toujours aux électrochocs. Elles peuvent être apaisées, passagèrement au moins, par le laudanum de SYDENHAM (en gouttes per os) ou les sédatifs à base de barbituriques, de bromure ou de calcium... »

GENDROT et RACAMIER sont plus énergiques : « Les traitements de choc, au contraire, sont à rejeter par principe dans les états d'angoisse purement névrotique... il apparaît que les thérapeutiques de choc, spécialement les traitements convulsivants, ne sont pas seulement inutiles, mais néfastes le plus souvent. » C'est pour cela qu'ils utilisent la cure de sommeil : « Psychologiquement, la cure de sommeil est une invitation faite au malade de régresser tout à son aise : elle offre à l'anxieux un retour bienfaisant à un stade de complète dépendance où il peut satisfaire, dans une situation de sécurité archaïque, ses besoins de protection et de passivité. Sédatrice au départ, elle peut devenir cathartique, la purge libératrice se faisant à bas bruit ou dramatiquement, au cours de la fin de la cure. »

OBS. 89. — Mme R... Paulette est âgée de 32 ans. Mariée depuis l'âge de 20 ans à un ouvrier de la filature où elle travaille elle-même depuis qu'elle a quitté l'école primaire. Elle a 4 enfants dont l'aîné a 12 ans. Pas d'antécédents pathologiques particuliers.

L'ambiance familiale est perturbée : en effet dans le même appartement vivent Mme R..., sa mère, son mari et ses enfants ; les disputes sont fréquentes, d'une part entre les deux époux et, d'autre part, entre le mari et la belle-mère.

La malade a toujours été nerveuse, émotive, inquiète et impressionnable : « J'avais peur de tout... »

Depuis l'accouchement de son troisième enfant (1959) elle présente toute une série de troubles qui vont en s'aggravant et l'obligent finalement à se faire hospitaliser à Ravenel le 5 septembre 1963.

Voici le certificat des 24 heures établi par le docteur Josse :

— Présente des troubles mentaux évoluant depuis trois ans environ sur un fond d'instabilité constitutionnelle et caractérisés par un état de désorganisation légère de l'affectivité, de l'humeur, du comportement.

— Emotivité et impressionnabilité ; épisodes dépressifs brefs mais fréquents, sans cause objectivée, avec pleurs, regrets et vague sentiment d'incapacité.

— Craintes multiples et notamment peur de la mort, de la maladie, des contacts avec autrui, faisant irruption dans la pensée sous une forme obsessionnelle.

— Anxiété et angoisse mal canalisées par une hypocondrie tenace : pesanteur rétro-sternale, douleurs pré-cordiales..

— Sentiment de malaise et de tension intérieurs ; irritabilité et agressivité périodiques.

Le traitement comprend dès l'entrée une association de Clarmil et d'Equanil renforcée par une psychothérapie intensive. Il s'avère efficace car la malade quitte le service le 5 octobre 1963 guérie, tout au moins momentanément, de ses préoccupations hypocondriaques et de son angoisse.

En résumé, il s'agit d'un accès de névrose d'angoisse guéri par une cure de tranquillisants.

— Cependant la plupart des auteurs n'hésitent pas à *recourir à l'électrochoc dans certains cas particuliers*. Ey se fait leur interprète lorsqu'il déclare : « Il faut savoir que, dans certains cas, les cures de neuroleptiques ou de sommeil ont l'inconvénient de raviver l'angoisse au lieu de la calmer. Il s'agit là d'une conséquence de l'abandon à la

passivité que l'on fournit au malade dont parfois le tableau clinique touche à celui de la mélancolie. Le sujet peut s'abandonner en effet complètement et régresser au niveau du rarissime primitif dans lequel il demande une prise en charge absolue. Ces complications du traitement ne sont généralement pas graves. On pourra recourir dans ce cas à l'électrochoc. Il suffit alors de quelques séances. »

Le cas du malade suivant en fournit un bon exemple.

OBS. 90. — M. P... Paul, 48 ans, est un déséquilibré émotif. Il est hospitalisé à Ravenel, en service libre, le 31 mars 1961 à la suite d'une émotion violente: il a en effet cru que sa femme était atteinte d'un cancer digestif.

A l'admission, on constatait un état de vive anxiété avec instabilité psychomotrice, doutes permanents, insomnie rebelle. L'état général était bien conservé; il ne notait seulement un état sabural des voies digestives, des artères indurées avec TA à 16/11, un foie légèrement augmenté de volume, des réflexes ostéo-tendineux vifs mais symétriques; le cholestérol sanguin est à 2,20 gr.

L'instabilité du malade l'avait rendu particulièrement difficile à traiter. Il avait réussi à faire partager son anxiété à l'entourage familial. A plusieurs reprises les soins ont été interrompus parce qu'il manifestait des velléités de rentrer chez lui; bref, le traitement n'avait pas pu être conduit dans des conditions normales.

De nombreuses thérapeutiques furent tour à tour essayées : cure de sommeil (N. Oblivon-Eunoctal, puis perfusions de Largactil-Phénergan), tranquillisants, etc., sans aucun succès: l'anxiété devenait de plus en plus vive et c'est ainsi qu'il fut traité par une série de 8 électrochocs espacés. L'amélioration fut alors nette; les éléments anxieux s'étaient peu à peu estompés et le malade s'en trouva très satisfait. La sortie lui fut accordée le 30 mai 1961.

A la dernière consultation de post-cure, datant du 19 octobre 1962, M. P... était toujours un peu inquiet, avec quelques préoccupations hypochondriaques, mais il n'était pas du tout anxieux.

En résumé il s'agissait d'un état de névrose anxieuse bien amélioré par la sismothérapie à la suite de l'échec de la cure de sommeil et des tranquillisants.

Les états d'angoisse semblent donc répondre favorablement à la chimiothérapie mais l'électrochoc y garde une place qui devient prépondérante dans certains cas.

L'Hystérie

L'hystérie est une névrose dont les signes principaux sont connus depuis l'antiquité. Elle est caractérisée le plus souvent par des accidents se présentant sous l'apparence de maladies nerveuses organiques. Son traitement a varié avec les différentes théories explicatives mais actuellement il est schématisé ainsi par la plupart des psychiatres. La base est ainsi définie par EX : « Seule une psychanalyse permet les prises de conscience nécessaires. Ce sera le traitement de choix, réservé à des sujets encore jeunes, intelligents et désireux de s'affranchir du noyau affectif de leurs troubles. »

Lorsque pour une raison quelconque la psychanalyse s'avère impossible, il existe de nombreuses conduites thérapeutiques pour combattre

les symptômes de la maladie. Et conseille l'hypnose, des narco-analyses ou des cures de sommeil suivies d'une psychothérapie. BARUK affirme : « La meilleure thérapeutique de l'hystérie est actuellement le scopochloralose... » C'est une méthode « qui consiste à mettre le système nerveux, et plus spécialement le cortex cérébral, au repos, par un léger sommeil et par une détente neuro-végétative spéciale... Cette détente permet en quelque sorte de « décrystalliser » ou de « décriper » l'accident hystérique, et, à ce sujet, le scopochloralose représente psychologiquement, comme physiologiquement, la vraie cure de sommeil. » Il qualifie l'emploi, par certains, de l'électrochoc dans les accidents hystériques de « méthode injustifiée parce qu'elle est à la fois moins efficace et plus dangereuse que le scopochloralose ».

PERRIN et CERTHOUX s'élèvent contre cette dernière opinion de BARUK : « C'est une notion dogmatique que les thérapeutiques de choc sont, en général, non seulement inefficaces, mais contre-indiquées dans les névroses, les traitements de choix restant la psychothérapie, depuis quelques années la cure de sommeil et plus récemment encore les tranquillisants. » Après avoir rapporté 7 observations (dont 2 cas d'hystérie) dans lesquelles une guérison rapide a été obtenue par l'adjonction de quelques séances sismothérapiques au traitement habituel, il conclut : « ...nous croyons devoir insister sur l'utilité des méthodes de choc, et spécialement des électronarcoses, au décours d'états névrotiques divers, et en association avec les méthodes plus classiques de traitement. »

Nos recherches dans les archives de Ravenel n'ont pas été très fructueuses en ce qui concerne les dossiers d'hystériques soignés récemment par la seule chimiothérapie. Par contre les observations suivantes montrent bien l'utilité de l'électrochoc dans certains accidents hystériques.

OBS. 91. — Mlle B... Chantal, 18 ans, est admise dans le service le 10 mai 1963 pour un état de mutisme invincible évoluant depuis un mois, refus épisodique de toute nourriture, hostilité vis-à-vis de l'entourage familial et surtout des tics au visage avec mouvements choréo-athétosiques siégeant uniquement au bras droit. Cet état a succédé à une longue période marquée par des troubles de l'humeur, du caractère et du comportement.

Voici son histoire :

Père terrassier en bonne santé; rien à signaler non plus du côté de la mère. Elle fréquente d'abord l'école primaire puis le lycée d'Epinal qu'elle quitte en mars 1963 en raison d'angines fréquentes et de crises de « rhumatisme ».

Depuis cette date, elle parle peu, uniquement par monosyllabes, ne s'alimente pas beaucoup et ne dort pas bien. Elle se confîne aussi chez elle, ayant l'air de craindre « quelque chose ». Il y a 3 semaines environ, apparition chez elle de mouvements à forme choré-athétosique au niveau du membre supérieur droit: projection de l'épaule, rotation du bras et du poignet.

L'examen neurologique fait au C.H.U. de Nancy s'avère entièrement négatif.

A l'entrée, la malade reste lointaine, absente, plus ou moins hostile et toujours animée de ses mouvements anormaux.

On commence d'emblée une cure de Largactil mais au bout de 15 jours, aucune amélioration ne s'amorce: Chantal continue

à répondre par monosyllabes et non seulement les mouvements choréo-athétosiques persistent mais en plus ils s'accroissent lors de la visite des parents.

On associe alors à la cure de Largactil 5 séances de sismothérapie; progressivement les mouvements anormaux s'estompent, la malade se sert de sa main droite pour manger et effectuer quelques menus travaux. Le contact avec autrui s'améliore; elle est plus souriante, plus détendue et plus spontanée.

Une sortie d'essai est accordée le 29 juin 1963.

Deux diagnostics s'offraient au médecin: hystérie simple ou schizophrénie débutant par un épisode névrotique. Sans excès de prudence on peut cependant affirmer qu'il s'agit d'une hystérie de conversion ayant évolué sur un fond d'organisation schizoïdique de la personnalité. Il est en effet impossible d'affirmer actuellement qu'il s'agit d'une schizophrénie car l'interrogatoire n'a pu trouver aucun signe de dissociation intra-psychique et la mère estime que sa fille a retrouvé, après le traitement, son état naturel: Chantal serait depuis toujours timide et un peu lointaine.

La sortie d'essai est transformée en sortie définitive le 29 octobre 1963.

OBS. 92. — Il s'agit de Mlle GAU... Marcelle, 21 ans, dont l'amélioration de la maladie a demandé plus de temps que précédemment.

La malade a toujours vécu avec sa grand-mère, sa tante et son père car sa mère l'avait abandonnée à la naissance. Elle fréquente l'école jusqu'à l'âge de 14 ans et on peut dire qu'elle a été bien gâtée chez elle: elle faisait tout ce qu'elle voulait.

A partir de ce moment elle travaille comme coupeuse dans une usine de confection; les premiers temps il lui est très difficile de s'adapter à son travail, car elle n'avait pas l'habitude d'être commandée. Les premières « crises » sont apparues à 16 ans: la malade se roule par terre, pousse son lit avec la tête et crie sans arrêt.

A l'âge de 18 ans, elle présente une hémiparésie de la jambe droite qui fut qualifiée d'atteinte poliomyélitique mais qui régresse par la suite.

A 19 ans, elle est renvoyée de l'usine à cause d'absences trop fréquentes; elle voit aussi sa mère pour la première fois et cela provoque chez elle un gros choc affectif. Elle est ensuite embauchée dans une bonneterie.

Depuis le mois d'avril 1961, elle accuse de nouveau une parésie importante de la jambe droite pour laquelle elle est successivement hospitalisée dans les services de neurologie de Nancy et Strasbourg.

Tous les examens sont négatifs et c'est pour cela qu'elle est hospitalisée à Ravenel le 1^{er} août 1961.

A l'entrée, on note l'impotence de la jambe droite avec en plus des céphalgies, des accès tachycardiques, des coups d'épingle au cœur, des sifflements aux oreilles, des fourmis dans les jambes... c'est-à-dire des manifestations purement névropathiques.

Au cours de son séjour à Ravenel, la malade donne à plusieurs reprises les apparences d'une guérison mais dès qu'on lui parle de sortie, les troubles réapparaissent.

Son traitement a comporté des tranquillisants, des vitamines et surtout deux séries d'électrochocs: la première du 25 septembre au 11 octobre 1961 avec 8 séances et la deuxième du 11 janvier

au 2 février 1962 avec 14 séances. Après cette deuxième série d'électrochocs, la malade a retrouvé progressivement l'usage de sa jambe droite et lorsqu'elle quitte le service, le 1^{er} avril 1962, sa démarche est absolument normale.

L'emploi de l'électrochoc chez les hystériques peut donc être couronné de succès malgré les affirmations de certains auteurs.

LA NÉVROSE PHOBIQUE

C'est en 1895 que FREUD a séparé les phobies des obsessions, comme ayant une phénoménologie et un mécanisme différents malgré leur combinaison fréquente. La phobie se traduit, pour un sujet déterminé, par une crainte ou répulsion angoissante spécifiquement liée à la présence d'un être, d'un objet ou à une certaine situation dont les caractères ne justifient pas une telle émotion.

En ce qui concerne le traitement, SUTTER écrit dans le Manuel Alphabétique de Psychiatrie de POROT : « Chez l'adulte, les traitements médicamenteux n'ont qu'un effet inconstant et passager. La psychothérapie pratiquée au cours de subnarcose, les divers modes de psychothérapie collective sont souvent efficaces. Mais chaque fois que la chose est possible, il faut avoir recours à la psychanalyse, dont la névrose phobique est l'une des meilleures indications. »

Elle laisse cependant une place à l'électrochoc : « Quand l'état phobique prend les proportions d'une crise d'angoisse aiguë, d'une véritable panique, on pratique généralement en maison de santé ou dans un service spécialisé, une cure de sommeil, des perfusions de neuroleptiques et assez souvent on soumet le patient à une sismothérapie (quelques électrochocs, environ 5 ou 6). »

Le cas de la malade suivante fournit un bon exemple de réussite de la sismothérapie dans le traitement d'une névrose phobique.

OBS. 93. — Mme XO... Marcelle, 40 ans, est sténo-dactylo depuis 22 ans. Elle exerce toujours sa profession malgré son mariage et la naissance de deux enfants.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents. Elle a toujours été de nature hyperémotive, soucieuse, malgré une vie familiale sans histoire.

Les premiers troubles ont commencé vers le mois d'avril 1963 : fatigue généralisée, anxiété diffuse, anorexie, troubles du sommeil et préoccupations hypochondriaques. Le tableau va en s'aggravant et le 22 octobre 1963, Mme XO... est hospitalisée en cure libre à Ravenel pour une vraie névrose phobique se traduisant par :

- une phobie de la foule : la malade « étouffe » lorsqu'il y a beaucoup de monde dans la rue.
- une phobie de la marche à pied : elle préfère rouler en mobylette.
- une phobie de l'espace : elle est prise de vertiges devant une rue déserte ou devant un espace découvert.

Elle extériorise aussi des troubles du type accès de névrose d'angoisse : tachycardie, pâleur, tremblements ; ces accès aboutissent parfois à de véritables crises d'hystérie au cours desquelles la malade se roule par terre devant son mari et ses enfants.

Une thérapeutique à base de Nozinan normalise rapidement le sommeil et fait disparaître la plupart des manifestations névrotiques. La malade quitte alors le service le 9 novembre 1963 très bien améliorée.

La rechute s'amorce 15 jours après par des lamentations sans fin, de nombreuses préoccupations hypochondriaques et surtout les mêmes phobies interdisant toute sortie en compagnie de son mari et de ses enfants.

Elle est donc réhospitalisée le 3 janvier 1964 dans le même état que la première fois. Une thérapeutique à base de neuroleptiques (Largactil, Phénergan, etc.) n'amène aucune amélioration.

Le 30 janvier, on commence une série de 6 électrochocs sous Viadril et à l'insu de la malade. Dès le deuxième choc, on note un revirement spectaculaire du tableau clinique : Mme XO... est plus détendue, s'étudie moins et retrouve un dynamisme et un sommeil réguliers.

L'amélioration est telle que les autres malades du service libre (névropathes pour la plupart) nous réclament tous le même « traitement » que Mme XO... pour guérir plus vite.

Finalement elle quitte l'hôpital le 21 février 1964 en meilleur état que la précédente fois. Elle est revue en post-cure le 15 mai 1964 : malgré une hyperémotivité persistante, Mme XO... est en bon état et n'éprouve plus les mêmes craintes au milieu de la foule, etc...

La Nevrose obsessionnelle

Elle se définit par le caractère forcé (compulsionnel) de sentiments, d'idées ou de conduites qui s'imposent au sujet et l'entraînent dans une lutte inépuisable, sans qu'il cesse pourtant de considérer lui-même ce parasitisme incoercible comme dérisoire (EY).

Comme dans la plupart des névroses, le traitement est à base de psychanalyse, psychothérapie, etc..., mais les autres thérapeutiques s'avèrent parfois des adjuvants précieux. FAVEZ-BOUTONIER et LANTER écrivent à propos de la convulsivothérapie : « Elle a été employée sans réel succès dans la névrose obsessionnelle. L'électrochoc paraît agir sur les obsessions symptomatiques, avec structure dépressive (DELAY) mais il ne guérit pas les obsessions, il fait disparaître la structure dépressive. »

EY est du même avis : « Les épisodes dépressifs intercurrents peuvent justifier des cures médicamenteuses ou quelques électrochocs, qui n'ont d'autre but que le franchissement d'un épisode aigu, après lequel le vrai problème thérapeutique de la névrose sera retrouvé. »

L'observation suivante montre la difficulté du traitement de la névrose obsessionnelle et surtout le rôle uniquement adjuvant de la chimiothérapie et de la sismothérapie.

OBS. 94. — Mme B... Colette, âgée de 33 ans, est atteinte de névrose obsessionnelle.

Ses parents sont des cousins germains. Elle est la seconde d'une fratrie de 13 enfants. Un de ses frères a été lobotomisé il y a quelques années et une de ses sœurs présenterait des troubles mentaux.

Très jeune, Mme B... était rêveuse, toujours repliée sur elle-même, mystique et hyperscrupuleuse: elle faisait des listes pour les moindres choses à faire.

A 14 ans elle fait une retraite dans un couvent et se découvre une vocation religieuse. Au cours de cette retraite, elle brise accidentellement un verre et entend dire qu'un enfant du voisinage est mort après avoir avalé des miettes de verre. Depuis cette date, dès qu'elle brise un objet, elle est prise d'une véritable phobie de la saleté : elle fait des nettoyages incessants et se lève même la nuit pour vérifier si des débris ne traînent pas par terre.

Elle se marie à l'âge de 24 ans. Le jour même de sa noce, elle se demande si elle fait bien de se marier, si sa vie n'est pas au couvent. Tout de suite après, elle éprouve des difficultés d'adaptation à la vie conjugale, dues aux doutes et aux infinies interrogations intérieures sur la morale sexuelle et religieuse.

La première grossesse et une vie morne à la campagne dans un logement insalubre agissent comme catalyseurs: Mme B... entre dans un état d'anxiété permanente, plus ou moins paroxystique, conditionné par un véritable « délire de contact ». Elle éprouve une peur obsessionnelle de la saleté et des microbes: elle se lave indéfiniment les mains, lessive tous ses meubles à l'eau de javel dès que quelqu'un les touche, ne se sert plus de certains appareils ménagers (aspirateur, machine à laver) de crainte de se salir et d'être contaminée par des B.K. Comme elle travaillait à la poste, on lui apportait souvent des flacons de crachats à envoyer aux laboratoires: elle ne touchait pas à ces paquets mais se livrait à des nettoyages incessants.

Actuellement, elle n'entre dans sa cuisine qu'en compagnie de son mari qui doit accomplir tout un rituel conjuratoire (se laver les mains en commençant pas le bout des doigts, etc...) sans quoi elle présente un paroxysme anxieux avec crises de larmes, agitation psychomotrice et torsion des mains pendant plusieurs heures.

A noter que tous ces troubles disparaissent totalement dès que Mme B... quitte sa maison.

Elle est hospitalisée à Ravenel le 16 novembre 1961. Le traitement comprend du Témentil per os, de l'N.-Oblivon 300 et du Gluconate de calcium.

Elle quitte le service le 18 décembre 1961 apparemment bien rétablie; malgré la poursuite du même traitement chez elle, la malade rechute au bout de deux mois environ: reprise des troubles, en plus graves, avec refus de toute activité.

Elle est donc réhospitalisée dans le service le 28 février 1962. On commence d'emblée une cure d'anéantissement de Bini avec 18 électrochocs. A sa sortie de confusion, la malade est souriante, détendue et critique ses troubles. Elle quitte l'hôpital de 30 mars 1962, en meilleur état mental que la première fois. Cette amélioration persistera pendant un an et demi environ et à la dernière consultation de post-cure (septembre 1963), Mme B... se présente anxieuse, pâle, en proie à son obsession et réclamant à grands cris une lobotomie.

Devant l'échec de tous les traitements antérieurs, on préfère la diriger vers un service spécialisé dans la psychanalyse.

En résumé, il s'agit d'une névrose obsessionnelle chez laquelle l'électrochoc, comme la chimiothérapie, n'a donné qu'une amélioration transitoire.

Le traitement des états névropathiques que nous venons de voir ne semble réserver qu'une place très modeste à la sismothérapie. En conclusion, nous citerons cependant ces quelques phrases de PERRIN et

CERTHOUX qui lui redonnent une meilleure position : « Ils ne sont pas rares, les états psychopathiques divers ayant apparemment résisté à la thérapeutique instituée (cure de Sakel, par exemple, et, dans certains cas, lobotomie) et dont l'amélioration clinique est obtenue, en fin de traitement, par électrochocs ou méthodes voisines.

C'est pourquoi... nous croyons devoir insister sur l'utilité des méthodes de choc, et spécialement des électronarcoses, au décours d'états névrotiques divers et en association avec les méthodes plus classiques de traitement. »

De nombreux auteurs rattachent à ces névroses l'anorexie mentale et les toxicomanies. Leur traitement fait-il appel à la sismothérapie ?

L'ANOREXIE MENTALE

C'est un syndrome très particulier rencontré chez certaines jeunes filles et dont les principaux symptômes sont : l'anorexie plus ou moins complète avec restriction générale de l'alimentation, un amaigrissement progressif pouvant conduire à la cachexie, l'aménorrhée et la dysménorrhée. L'état mental peut comporter plusieurs variantes : débilité mentale, hyperémotivité, tendances schizoïdes ou paranoïaques, surcharges de pithiatisme, etc...

Selon CARRIER, l'anorexie mentale est la traduction psychosomatique d'une crise de développement pubertaire et de la crise de personnalité affectant certaines jeunes filles qui, du monde de l'enfance, doivent s'adapter et évoluer dans les réalités du monde adulte.

— Certains auteurs (EY, GUIRAUD, BARUK) estiment que le traitement de l'anorexie mentale doit s'inspirer des trois impératifs suivants :

- isolement de la malade et suppression de toutes relations, même épistolaires, avec la famille;
- réalimentation surveillée;
- psychothérapie.

— D'autres reconnaissent l'utilité de la sismothérapie dans ces cas, soit pour amener la reprise de l'alimentation, soit pour rendre les malades plus perméables à la psychothérapie.

Ainsi GÉRARDIN, après avoir estimé que la psychanalyse et autres techniques similaires ne servent qu'à mettre le psychiatre en face de problèmes psycho-socio-familiaux insolubles, écrit : « L'électrochoc, par contre, réalise la cure-éclair de l'anorexie mentale et donne alors prise à une psychothérapie dynamique. »

LABOUCARIÉ et BARRÈS ont utilisé la sismothérapie chez plusieurs anorexiques; ils concluent : « L'action de l'E.C. nous a paru franche et constante, permettant une reprise beaucoup plus rapide du poids et de l'alimentation spontanée, en raison de la liquidation de l'angoisse, réalisant ainsi, comme nous allons le voir, la meilleure préface à l'action psychothérapique. »

POROT est du même avis : « On se trouvera bien quelquefois de quelques électrochocs pour désagréger certaines cristallisations mentales, provoquer des abréactions et faciliter les premiers temps de la psychothérapie. »

Enfin signalons quelques opinions plus récentes : celle de CARRIER datant de 1963 et préconisant la sismothérapie comme thérapeutique adjuvante et celle de PUJOL et ses collaborateurs. Ces derniers rapportent à la séance du 12 février 1964 de la Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen, le cas d'une anorexie mentale évoluant depuis 12 ans et dont la guérison fut amorcée grâce à une série de six électrochocs, et ils concluent : « La guérison par sismothérapie n'est que symptomatique (la structure profonde n'étant pas modifiée), mais elle devrait permettre un traitement psychothérapique ultérieur. »

Les observations suivantes illustrent bien ces affirmations.

OBS. 95. — Mlle O., Nicole, 17 ans, est admise en cure libre le 18 août 1961 dans un état de cachexie effrayant : elle ne pèse que 29 kilos (vingt-neuf) pour une taille de 1 m 60 et se trouve pratiquement au bord de l'exitus. Voici son histoire :

Fille unique, elle perd son père alors qu'elle avait 11 ans, dans un accident de la route : elle en a ressenti un grand choc affectif qui a mis longtemps pour se dissiper.

Très bonne élève à l'école elle obtient facilement le C.E.P., puis le B.E.P.C. en 1959. Elle est de nature émotive, s'alimente bien mais reste toujours fluette.

Les premiers troubles ont commencé en 1960 par l'installation brutale d'une aménorrhée tenace, résistant à toutes les thérapeutiques. La malade en éprouve un sentiment d'infériorité qui apparaîtra souvent par la suite.

À la fin du mois d'octobre 1960, elle trouve du travail dans une pharmacie ; elle y fait preuve d'une activité fébrile, « de peur d'être une ratée ». L'alimentation est normale mais Nicole commence à maigrir.

En mars 1961, elle est congédiée de la pharmacie car la personne qu'elle remplaçait était rentrée de congé. Elle est alors énormément déçue, pleure sans arrêt, s'alimente de moins en moins et maigrit de plus en plus.

En juin 1961, son poids est de 40 kgs.

Au début du mois d'août, elle part en vacances avec sa mère au bord de la mer ; elle se met alors à s'isoler pour lire, cherchant à s'instruire à tout prix. Sa mère la surprend plusieurs fois en train de compulsuer fébrilement de nombreux livres. Elle continue à maigrir.

Le 13 août, elle est dans un état lamentable : elle ne pèse que 31 kgs. Elle est alors hospitalisée au C.H.U. de Nancy où de nombreuses investigations furent entreprises ; aucune anomalie n'est révélée. Nicole est alors dirigée vers Ravenel le 18 août 1961.

À son entrée, on est en présence d'une malade squelettique, prostrée, n'ayant même pas la force de répondre aux questions du médecin. Les réflexes sont normaux, la T.A. à 9/6, l'urée à 0,48 g. Devant ce tableau, le pronostic est sombre.

Malgré la gravité de l'état général, on commence le traitement par une série de 10 électrochocs espacés. En même temps on entreprend une alimentation prudente mais complète.

A la fin de la sismothérapie, Nicole s'alimente régulièrement et son état est meilleur.

Au mois d'octobre, rechute avec même anorexie mais la reprise de 3 électrochocs fait tout rentrer dans l'ordre.

La sortie définitive est accordée le 30 novembre 1962. Mlle O... pèse 55 kgs et tout danger de reprise des troubles paraît écarté.

OBS. 96. — Mlle M... Nicole, 22 ans, est admise à Ravenel le 26 avril 1962 dans un état de maigreur impressionnant : 28 kgs 700 pour une taille de 1 m 53. Ce tableau est consécutif à une anorexie mentale avec alimentation irrégulière et fantaisiste.

La cause des troubles semble être une déception sentimentale remontant à 1960 : la malade était fiancée à un jeune militaire qui l'abandonna un jour sans explications alors que les préparatifs de mariage étaient en cours. Depuis cette rupture la malade est asthénique, mène une vie repliée et semble avoir perdu tout élan vital.

Une aménorrhée tenace vient aggraver le tableau.

En avril 1961, on note l'apparition d'une certaine forme d'anorexie : Nicole ne supporte plus de manger en présence de quelqu'un car elle a l'impression que sa gorge se noue. Elle se cache donc pour s'alimenter. Cet état s'accompagne de tendances dépressives assez marquées.

Une série de 5 électrochocs a suffi pour améliorer l'état mental et relancer l'appétit.

La rechute s'amorce plusieurs mois après et c'est pour cela que la malade est hospitalisée à Ravenel. Elle ne présente pas de signes de dépression ; elle paraît au contraire insouciant de la gravité de son état général.

Tous les examens sont normaux. Cependant le professeur Ribon rattache l'aménorrhée à une légère insuffisance hypophysaire.

Le traitement associe d'emblée : une série de 8 électrochocs espacés, des hormones gonadotrophines et une psychothérapie intensive. Sous l'influence de ces thérapeutiques, l'état de la malade s'améliore de façon spectaculaire : Nicole est souriante, détendue et s'alimente régulièrement.

Elle quitte le service le 11 août 1962 avec un poids de 45 kgs. Seule l'aménorrhée persiste.

La sismothérapie conserve donc un rôle assez important dans le traitement de l'anorexie mentale. Il n'est peut-être qu'un adjuvant, mais c'est un adjuvant précieux, auquel on doit toujours avoir recours. En est-il de même dans cette autre névrose particulière que représente le vaste groupe des toxicomanies ?

LES TOXICOMANIES

Les toxicomanies sont vieilles comme le monde, multiples dans leurs variétés et répandues dans tous les pays. Selon la formule consacrée, les malades entrent dans la toxicomanie « par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin. » (BALL.)

Les hommes à l'esprit sain et à la volonté ferme ne versent jamais dans la toxicomanie : il faut un fonds mental spécial, fait avant tout de déséquilibre psychique congénital. Cependant les déséquilibrés ne

sont pas les seuls psychopathes enclins à ce vice. Les anxieux y sont naturellement conduits par le besoin d'apaiser leur angoisse, les cyclothymiques pour calmer leurs poussées hypomaniaques ou se stimuler à l'occasion des phases dépressives. Voilà donc le terrain sur lequel germent les toxicomanies et le thérapeute doit en tenir compte pour la bonne conduite de la cure de désintoxication. Il doit aussi tenir compte de la substance toxique en cause. Selon POROT il faut distinguer :

— les toxicomanies majeures qui sont dues à la morphine, à l'héroïne, aux dérivés du chanvre indien (haschich, kif, marihuana...), à la cocaïne et à l'alcoolisme. Toutes ces substances exercent sur le toxicomane une servitude rapidement tyrannique et dont l'affranchissement ne s'acquiert qu'au prix de grands efforts.

— les toxicomanies mineures dues au café, au thé, au tabac, à l'éther et à certains médicaments (barbituriques, chloral, dolosal, maxiton...). On peut facilement briser ces intoxications, sans trop de souffrances.

Le traitement de la toxicomanie montre quelques divergences entre les psychiatres.

— Certains ont obtenu de très bons résultats avec des médicaments dans les cures de sevrage. GAYRAL écrit à ce sujet : « La cure de sommeil à base de neuroleptiques phénothiaziques, l'insulinothérapie et peut-être la réserpine par voie parentérale en sont les meilleurs adjuvants. »

MONNEROT et BARRÉ ont utilisé la centrophénoxine chez 12 toxicomanes soit dans le cadre d'un traitement d'urgence nécessité par un « syndrome d'abstinence », soit dans le cadre d'une thérapeutique de post-cure. Ils concluent : « Le lucidril nous paraît comporter un effet protecteur dans les syndromes aigus toxiques héroïniques. Son action comporte des effets psychotoniques, sans inconvénients cardio-vasculaires ni effets purement excitants. Plus intéressante, encore, nous paraît l'action du lucidril administré et contrôlé sur une longue durée chez les toxicomanes héroïniques. Il nous a paru que, dans les conditions sociales favorables, le couple lucidril-tranquillisant réalise la meilleure des couvertures, sans doute en diminuant la tension instinctive émotive de base. » Les auteurs parlent surtout de la toxicomanie héroïnique mais parmi les malades qu'ils ont soignés avec du lucidril se trouvent quelques-uns qui utilisent d'autres substances que l'héroïne.

Au cours de la séance du 25 avril 1964 de la Réunion de Psychiatrie de l'Est, nous avons pu nous entretenir un moment avec le Professeur KIELHOLZ, de Bâle. Il nous a déclaré qu'au cours d'un colloque international qui s'est tenu récemment à Copenhague, la plupart des participants, dont le Professeur KALINOWSKI, ont jugé inutile l'action de la sismothérapie dans le traitement des toxicomanies; ils préconisent par contre l'emploi de la chimiothérapie.

La rareté des toxicomanies dans la région ne nous a pas permis de trouver beaucoup d'observations de malades ayant subi des cures

de désintoxication à Ravenel. Cependant le cas suivant est assez typique.

OBS. 97. — Mme PAU... Armelle, 41 ans, est admise en cure libre à Ravenel le 14 mai 1962 avec le billet d'entrée suivant : « ...malade hypernerveuse ayant déjà fait des crises épileptiformes. De plus, c'est une droguée: elle n'arrive pas à dormir et emploie des doses fortes de Nembutal, Supponoctal et Binoctal ».

Voici son histoire :

Sa mère est décédée alors que la malade n'était âgée que de 3 ans. La même année elle est atteinte de poliomyélite. Cette maladie est suivie d'une intervention à l'âge de 6 ans de façon à diminuer les séquelles.

Elle se marie à 21 ans avec un plombier qui est toujours en déplacement: il ne rentre chez lui que le samedi pour repartir le lundi suivant.

En 1946: une hystérectomie enlève à la malade tout espoir d'avoir des enfants.

En 1954: nouvelle intervention pour cancer du sein.

En 1956: ictere d'origine inconnue.

Depuis 1959, le caractère de Mme PAU... s'est complètement transformé: de gaie et rieuse qu'elle était malgré ses nombreuses maladies, elle est devenue sombre, exigeante parfois, obsédée par la mort et la brandissant comme une menace pour tout obtenir. Elle commence aussi à prendre des doses invraisemblables d'hypnotiques pour pouvoir dormir. La plupart du temps elle semble dans un état de demi-sommeil: on la voit aller et venir chez elle comme un automate. Elle ne fait absolument rien à la maison: ses parents viennent parfois lui préparer ses repas et c'est son mari qui fait le ménage, sans rechigner, pendant ses deux jours de repos. Elle a ainsi vécu pendant 3 ans, se négligeant au point de vue alimentaire et vestimentaire.

A son entrée à Ravenel, elle est dans un état déplorable: corps amaigri, desséché, visage anémié, yeux subictériques, etc... Elle est asthénique, réticente et n'extériorise aucune idée.

Le traitement entrepris comprend essentiellement des perfusions de solutés divers avec cocktails vitaminiques, des injections I.M. de Cortine et 10 mg seulement de Gardénal.

Les premiers jours sont marqués par une certaine agitation de la malade qui se plaint de douleurs généralisées et réclame ses hypnotiques favoris. Elle finit cependant par récupérer tout son sommeil et un appétit solide. Elle quitte le service le 12 juin 1962 pour aller à l'Hôpital Fournier de Nancy car la biopsie d'un nodule cutané sus-claviculaire a permis la découverte d'une métastase de son cancer du sein opéré 8 ans auparavant. Elle est à ce moment souriante, détendue et plus dynamique. Le sommeil et l'appétit se sont régularisés.

D'autres psychiatres n'hésitent pas à faire appel à la sismothérapie chez les toxicomanes.

FEUILLET, COLLIN et GÉRARDIN écrivaient en 1953 : « Nous sommes donc portés à faire nôtre l'opinion, exprimée par RADOVICI et WERTHEIM (Presse Médicale 1949, n° 53, p. 755), que l'électrothérapie constitue actuellement le procédé de choix dans le traitement d'attaque des intoxications chroniques par la morphine ou ses succédanés. »

Dix années plus tard, deux auteurs sont du même avis : Paul ABELY qui déclare : « Je voudrais enfin signaler l'action encore peu connue

de la sismothérapie dans l'apaisement de l'état de besoin au cours de certaines toxicomanies, aussi bien alcooliques que médicamenteuses. Non seulement cette action est contrôlable durant la cure de désintoxication, mais elle peut avoir encore un effet préventif contre la rechute menaçante. Cette dernière éventualité se contrôle surtout chez les névropathes qui sont arrivés à l'abus des toxiques, du fait même de leur névrose.

« C'est ainsi que je compte parmi mes anciens malades deux éthyliques qui, tous les six mois environ, viennent me demander spontanément quelques électrochocs, lorsqu'ils sentent le danger menaçant. Il en est de même d'un malade lourdement intoxiquée par la préلودine, prise à doses excessives, et qui depuis trois ans n'a pas succombé à la tentation grâce à une sismothérapie bi-annuelle. »

Ex est plus nuancé : « Après vérification médicale générale et, si besoin, correction des troubles nutritionnels ou physiologiques les plus importants, la meilleure méthode consiste à pratiquer une cure de sommeil de quelques jours, mais en recherchant un sommeil assez profond. A son défaut, la suppression du toxique peut être aidée par des doses moyennes d'insuline (20 U. à 50 U.) ou quelques électrochocs. »

Nous avons pu dénicher une observation de toxicomane chez qui la sismothérapie a contribué à la guérison. La voici :

OBS. 98. — Le docteur J... Maurice, 45 ans, est adressé à Ravenel par le Juge d'Instruction de M... le 12 janvier 1957, à la suite d'une inculpation pour attentat aux mœurs. En effet, il est apparu que l'état de santé du malade justifiait plus le séjour à l'hôpital qu'en prison. Voici sa triste histoire: après s'être brillamment comporté pendant la guerre, le malade se trouve en 1945 en Forêt-Noire; c'est là que commence sa première toxicomanie: il se fait régulièrement une à deux injections de morphine par jour.

En 1946 il se fait désintoxiquer puis part au Maroc où il est nommé chirurgien-chef de l'hôpital de Casablanca. Il présente déjà à ce moment-là des troubles sexuels mais sans tendance homosexuelle.

Le début de la toxicomanie actuelle remonte à 1950 : à la suite d'un accident de voiture, le docteur J... reste deux jours dans le coma. A sa sortie de l'hôpital, il est asthénique, recherche la tranquillité et souffre de violents maux de tête. Peu à peu il sent ses forces diminuer, son énergie morale sombrer et c'est pour accomplir son travail qu'il commence à prendre de l'Ortétridine, puis à se faire des injections de Maxiton: ce médicament était le seul tonique efficace pour lui.

Pendant son séjour au Maroc, il a quelques aventures homosexuelles avec des indigènes.

Début 1951, il rentre en France et va se fixer à D... Sa femme le quitte alors, emmenant les trois enfants du ménage: elle invoquera plus tard ses tendances homosexuelles et sa morphinomanie ancienne pour demander le divorce.

A D..., le malade ne tarde pas à se faire une réputation de bon chirurgien: il suit ses clients avec dévouement et conscience. Cependant il continue toujours à s'injecter des doses de plus en plus élevées de Maxiton et à rechercher la compagnie d'hom-

sexuels. Ce qui est plus grave, il n'hésite pas à abuser d'enfants mineurs de D... et de sa région.

En 1956, il commence à se faire remarquer par son comportement assez singulier vis-à-vis de ses malades. S'il se rend volontiers au chevet d'un patient pour établir un diagnostic son action s'arrête là et il abandonne alors son client à un confrère.

Ses tendances homosexuelles ont fini par attirer sur lui l'attention des autorités et c'est ainsi qu'il est arrêté par la police, déféré devant le Procureur de la République de M... et hospitalisé à Ravenel.

A l'entrée, il est dans un état de profonde déchéance : il présente un amaigrissement extrême, son corps est couvert de cicatrices de piqûres dont la plupart sont abcédées, avec des adénopathies multiples. Ses facultés intellectuelles sont engourdies par une paresse invincible. Tout ressort paraît brisé en lui.

A l'examen, on trouve en particulier une atteinte digestive importante et une abolition totale des réflexes ostéo-tendineux.

Une cure de désintoxication est tout de suite mise en route : suppression absolue du toxique, perfusions de solutés divers avec cocktails vitaminiques, tonocardiaques. Une certaine agitation avec anxiété extrême se manifeste dès le deuxième jour du traitement. On pratique alors 4 électrochocs, à raison d'une séance par jour. Dès le deuxième choc, l'état de besoin a pratiquement disparu et dès lors le malade se montre docile et optimiste, mange bien, dort calmement. L'état général se relève rapidement et lors de la sortie, qui intervient le 18 juillet 1957, la condition tant physique que mentale du docteur J... est très satisfaisante.

Voici un passage de la lettre qu'il a envoyée au médecin-chef du service, plusieurs mois après cette sortie : « J'ai attendu d'avoir vécu plusieurs semaines de convalescence avant de vous donner de mes nouvelles. Elles sont excellentes et je suis sûr que vous en serez heureux.

« Je n'ai à aucun moment éprouvé la moindre tentation du toxique... »

Aux dernières nouvelles, datant de 1963, le docteur J... a retrouvé sa haute valeur professionnelle d'antan et jouit d'une bonne réputation.

La sismothérapie semble donc pouvoir apporter une aide précieuse au psychiatre qui se lance dans le traitement d'un état névrotique quelconque. Personnellement nous avons vu l'état mental de certaines malades se transformer d'une façon spectaculaire après 4 ou 5 électrochocs alors que toutes les autres thérapeutiques (cures de sommeil répétées, neuroleptiques, tranquillisants, etc...) ont échoué. C'est là un résultat non négligeable.

LES PSYCHOSES PUERPERALES

Les troubles psycho-puerpéraux revêtent les aspects les plus divers : de la réaction névrotique légère à la psychose de long cours. De nombreux facteurs interviennent dans leur déterminisme : hormonaux, génétiques et toxi-infectieux pour ne citer que les plus importants. Ces accidents peuvent se voir à tous les stades de la puerpéralité mais selon Ey : « schématiquement, la plupart des accidents névrotiques et des

accidents neuro-psychiques se voient pendant la grossesse, tandis que la plupart des accidents psychotiques s'observent après l'accouchement. »

Nous n'aurons en vue ici que les psychoses du post-partum qui sont le plus souvent très sévères et peuvent dans certains cas nécessiter l'internement à vie de la malade. Leur traitement n'est pas bien défini et de nombreuses divergences d'opinion existent entre les différents auteurs.

— *Quelques-uns rejettent la sismothérapie* et s'orientent vers un traitement endocrinien. Ainsi BARUK écrit : « Comme on le voit le traitement des psychoses puerpérales est, à notre avis, avant tout un traitement étiologique et découle de l'analyse minutieuse du cas, tant sur le plan infectieux que sur le plan endocrinien et hormonal. Le traitement étiologique nous semble plus efficace que les traitements de choc souvent appliqués systématiquement sans recherches précises sur la cause de la maladie. »

EY est du même avis dans une certaine mesure lorsqu'il conseille : « En pratique, il convient devant une psychose puerpérale de faire pratiquer une biopsie de l'endomètre. L'examen des fragments va montrer si l'on est en présence d'une série d'images conformes à la description de Delay et Corteel. Dans ce cas, il arrive que la simple manœuvre de la sonde de Novak suffise à déclencher une amélioration décisive, comme si cette irritation utérine permettait la reprise de l'involution normale. Le plus souvent, il faut demander ensuite un curetage complet. Il est fréquent que cette seule manœuvre assure la guérison. » Mais EY ne condamne pas la sismothérapie car il ajoute : « Sinon, la reprise de quelques électrochocs permet généralement une guérison de l'épisode psychotique... »

Nous n'avons pas trouvé d'observations de malades présentant une psychose puerpérale et guéries uniquement par un traitement endocrinien ou hormonal. Cependant les cas suivants montrent que la disparition des troubles peut avoir lieu sans le secours des électrochocs.

OBS. 99. — Mme L... Marie-Claire, 18 ans, est admise dans le service le 22 mars 1962 pour troubles mentaux caractéristiques d'un état maniaque et consécutifs à un accouchement.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels. Elle a fréquenté l'école normalement jusqu'à l'âge de 14 ans puis a travaillé dans un salon de coiffure. A 16 ans, elle s'est mariée précipitamment à la suite d'une aménorrhée persistant depuis 3 mois. Quinze jours après son mariage elle a fait une fausse couche.

L'ambiance conjugale est bonne; Marie-Claire s'accorde bien avec son mari, un ouvrier tisserand âgé de 26 ans.

Le 10 mars 1962, la malade met au monde une petite fille après une grossesse sans incident. Elle s'en occupe très bien, l'allaita elle-même et paraît tout à fait heureuse.

Brusquement, le 21 mars au soir, apparition d'une agitation psychomotrice tellement intense que son mari n'hésite pas à l'amener d'urgence à Ravenel.

A l'entrée, l'agitation continue, ponctuée de propos décousus, de cris stridents pour réclamer sa fille et son mari. Elle passe

des larmes au fou-rire, chante tantôt des cantiques, tantôt des airs grivois, se débat furieusement, injurie les infirmières et tente de les mordre. De temps en temps, elle est en proie à des hallucinations visuelles et auditives : sa chambre est pleine de canards, son mari lui parle au téléphone, etc...

Le traitement comprend d'emblée des perfusions de viadril et des médicaments à visées eutrophiques. Le calme revient peu à peu et, le 25 mars 1962, le Viadril est relayé par des neuroleptiques (Largactil et Phénergan) d'abord en I.M. puis per os.

Une certaine confusion persiste pendant quelques jours puis disparaît à son tour.

Mme L... quitte le service le 20 avril 1962, complètement guérie. Elle est revue deux mois plus tard en post-cure : son état physique est excellent, elle vaque toute seule à ses occupations ménagères et ne présente aucun trouble.

OBS. 100. — Mme de M... Maria, 28 ans, est admise d'urgence à Ravenel le 21 avril 1963 pour des troubles mentaux survenus 10 jours après un accouchement. Elle est anxieuse, confuse et agitée : entrées et sorties continuelles dans sa chambre. Elle paraît détachée du réel ; son langage est décousu, peut-être accompagné d'hallucinations. Elle refuse toute alimentation depuis trois jours, ce qui fait que son état général est médiocre avec déshydratation intense. Métrorragies discrètes mais entraînant une anémie progressive.

Le traitement entrepris comprend : une réhydratation intense, des cocktails vitaminiques et du Témentil à fortes doses.

Progressivement, sous l'influence des neuroleptiques, l'anxiété et la désorientation disparaissent. L'état physique s'améliore aussi.

Le 6 mai 1963, le médecin lui accorde à contre-cœur une permission de 8 jours car elle a voulu absolument sortir. Elle doit prendre du Témentil et de l'Eunocet chez elle.

Elle est réintégrée d'urgence à Ravenel, deux jours après sa sortie, avec des idées délirantes à structure oniroïde et une grande agitation anxieuse. On recommence le même traitement que la première fois.

Le 15 juin 1963, une sortie d'essai est accordée : Mme de M... est calme, moins anxieuse et les idées délirantes ont complètement disparu. L'état physique est meilleur.

— D'autres psychiatres, et ce sont les plus nombreux, *utilisent la sismothérapie seule ou en association avec les neuroleptiques.*

CAIN et ses collaborateurs ont demandé, en 1959, à un certain nombre de psychiatres de bien vouloir répondre à un questionnaire portant sur les points primordiaux des psychoses puerpérales. Voici l'avis de ces auteurs (Professeur Crémieux, Professeur agrégé Mouren, Mme le docteur Grandaliano-Molard, les docteurs Alliez, Baudry, Boudouresque, Chabert, Dongier, Merland, Pellegrin, Pujol et Savy) en ce qui concerne le traitement : « Les électrochocs ou électronarcoses sont utilisés par tous sans exception. »

POROT écrit : « Les électrochocs hâtent et consolident la guérison ; peut-être agissent-ils en partie sur l'hypophyse à la manière des stimuli électriques ou émotionnels. »

L'écho leur vient d'Italie, sous la plume de GIACANELLI et PALAZZETTI qui estiment que : « Au point de vue thérapeutique, se confirme la grande efficacité de l'électrochoc, soit seul, soit associé à la chlorpromazine et à l'insulinothérapie. »

Paul ABÉLY soigne ses psychoses puerpérales avec une méthode originale : « Depuis quinze ans environ, je traite d'une façon systématique, les psychoses puerpérales graves ou qui se prolongent anormalement, par la pneumothérapie intrarachidienne, appliquée en période pré-ovulaire (condition essentielle), cela avec des résultats très encourageants et quasi constants. Je me suis vite aperçu que pour que cette amélioration devienne évidente et stable, il importait de faire suivre obligatoirement, une semaine après l'injection d'air ou d'oxygène, de trois électrochocs successifs au rythme d'un par jour.

C'est souvent seulement au troisième choc que le résultat est acquis. »

Les observations suivantes confirment l'efficacité de la sismothérapie dans le traitement des psychoses du post-partum, surtout en association avec des neuroleptiques.

OBS. 101. — Mme G... Jeanne, 23 ans, est admise dans le service le 15 janvier 1961. Voici l'histoire de sa maladie :

Le 6 janvier 1961, elle accouche chez elle avec l'aide d'une sage-femme. Son comportement est normal jusqu'au 11 janvier, jour du baptême de l'enfant. Elle se réveille brusquement dans la nuit, s'agite sans arrêt, en proie à des hallucinations visuelles : « ...je vois le diable, il me court après... »

Le 12 janvier au matin, la conversation est décousue; elle réclame sans arrêt sa mère auprès d'elle et lorsqu'elle vient, la malade ne lui parle même pas. L'agitation est grande et persistera encore plusieurs jours, malgré l'administration de Gardénal, Largactil, Imménocet, etc...

A l'entrée, elle présente un état d'excitation maniaque typique, avec agitation psychomotrice incohérente, logorrhée, jeux de mots, fuite des idées, chants, vociférations et phénomènes hallucinatoires multiples.

L'état général est mauvais, la température à 39° avec déshydratation intense; l'urée est normale.

Le traitement comprend : des antibiotiques, une vitaminothérapie intensive, des injections de Largactil et de Phénergan, et enfin une série de 8 électrochocs d'abord groupés puis espacés.

Mme G... se calme rapidement, elle a meilleure mine et, le 15 février 1961, on la croit tirée d'affaire.

Rechute brutale le 20 février avec reprise de l'état d'excitation confuso-maniaque.

Le nouveau traitement entrepris est à base de Largactil injectable et d'électrochocs espacés : 16 séances à raison d'une tous les trois jours. Une amélioration se dessine progressivement et, à la fin de la série d'électrochocs, la malade est calme, détendue et ne conserve aucun souvenir des troubles passés.

La sortie est accordée le 21 avril 1961.

OBS. 102. — Mme C... Paulette, 23 ans, est hospitalisée à Ravenel le 28 juillet 1962 pour psychose post-puerpérale à type

de dépression : asthénie, aboulie, craintes multiples concernant sa famille et idées de suicide sans passage à l'acte.

Ancienne ouvrière dans une usine de confection, la malade se marie à l'âge de 23 ans avec un routier, souvent absent du domicile conjugal. La grossesse, bien que désirée et acceptée, est mal supportée : elle est rendue pénible par des vomissements, des douleurs dorso-lombaires...

Le 11 avril 1962, accouchement avant terme; le séjour à la maternité se passe bien et la malade rentre bientôt chez elle, assez heureuse d'avoir une petite fille en bonne santé malgré sa venue prématurée au monde.

Le 10 mai 1962, le bébé vomit sa tétée : Mme C... en est très effrayée et depuis ce jour-là, elle tremble sans arrêt pour la santé de sa fille : elle se réveille plusieurs fois dans la nuit pour voir si elle ne s'étouffe pas avec ses draps, pleure à chaque instant et présente un délire à thème d'incapacité : « Je ne suis pas assez dégourdie... je ne pourrai pas m'occuper de mon enfant... je suis paresseuse, c'est pour cela que je suis punie... »

Elle est hospitalisée à Saint-Dié où une cure de Tofranil demeure sans effet. Elle est alors envoyée à Ravenel.

A l'entrée, on est en face d'une malade craintive, inquiète et irritable; elle extériorise de vagues idées de suicide.

La priorité est donnée à la sismothérapie dans le traitement : on entreprend une cure d'anéantissement de Bini; elle nécessite 10 chocs. On fait suivre d'une cure de Témentil.

L'amélioration est nette et Mme C... quitte le service le 28 août 1962 avec du Nozinan à prendre chez elle.

La guérison continue encore maintenant, la patiente continue à être suivie en post-cure.

OBS. 103. — Mme G... Marie-Thérèse, 32 ans, est mariée depuis 1953 à un matelassier installé à son compte. Elle a un frère épileptique.

Elle accouche le 9 mai 1962 de son quatrième enfant. Six semaines après, elle présente un syndrome toxi-infectieux avec hyperthermie à 40°. Elle en sort très éprouvée et c'est depuis cette date, dit-elle, qu'elle s'est aperçue des « agissements » du mari : « Mon mari avait une autre femme; il faisait beaucoup le va et vient entre le jardin et chez nous... comme s'il était en faute : il avait les traits tirés, comme s'il était drogué... »

« Je suppose qu'il nous a donné, à mes enfants et à moi, quelque chose : on a tous eu très mal à l'estomac... j'ai vu qu'il avait une pastille blanche dans son alliance, il voulait m'empoisonner... s'il nous arrive quelque chose, les véritables coupables seraient les voisins : les yeux leur sortaient de la tête et ils avaient acheté un fusil de chasse... mon mari nous aurait aussi bien étranglées : il était tout drôle. Il me fait bien encore des caresses pour m'enjôler, mais ça me brûle la peau... »

Le 6 juillet 1962, elle fait une grande scène de ménage à son mari et depuis ce jour elle refuse de s'alimenter, ne trouve plus le sommeil et reste très excitée.

C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée à Ravenel, le 12 juillet 1962.

A l'entrée, elle est anxieuse, inquiète et persuadée qu'on allait la faire mourir.

La priorité est donnée là aussi à la sismothérapie : on fait un traitement confusionnel avec une série de 14 électrochocs. Ensuite on commence une cure d'Halopéridol et de Largactil. Quelques perfusions de sérum glucosé contenant des vitamines aident à relever l'état général.

A sa sortie de confusion, Mme G... est détendue et son comportement se normalise; les idées délirantes se sont estompées.

Elle quitte le service le 2 septembre 1962. Elle est revue en post-cure pour la dernière fois le 23 mars 1963 : la guérison continue malgré un surcroît de travail; en effet elle aide son mari dans son métier en dehors de ses occupations ménagères.

OBS. 104. — Il s'agit de Mme C... Eliane, 28 ans, admise d'urgence à Ravenel, le 21 septembre 1963 pour psychose puerpérale.

Mariage à l'âge de 23 ans; depuis ce temps elle travaille comme sténo-dactylo.

Aucun antécédent particulier n'est à noter.

Le 12 septembre 1963, accouchement sans difficultés, mais la patiente est effrayé par le forceps qu'on avait préparé à toutes fins utiles. Le bébé est bien portant et pèse 4 kgs. Les suites immédiates de l'accouchement sont normales.

Dans la nuit du 17 au 18 septembre, apparition brusque d'une agitation psychomotrice. Le calme revient après une injection de Largactil. Cependant les mêmes troubles reprennent les jours suivants et nécessitent l'internement de la malade.

Ainsi, à l'entrée, elle présente une agitation psychomotrice intense, avec désorientation temporo-spatiale, incohérence des propos et du comportement en rapport avec l'activité fantastique de la pensée. L'état général est épouvantable à la suite du refus absolu de toute alimentation depuis quelques jours.

La température est à 39° avec déshydratation importante.

Le traitement comprend d'emblée :

- une réhydratation intensive par voie veineuse avec des vitamines.
- des injections I.M. de Largactil-Phénergan-Dolosal trois fois par jour.
- une série de 7 électrochocs dont deux le premier jour.

Au bout de 5 jours de ce traitement énergique, une amélioration sensible se dessine. Le Largactil est transformé en gouttes. On remplace le Phénergan et le Dolosal par du Théralène.

Le 2 octobre 1963, le médecin-chef note : « Très importante amélioration, tant sur le plan physique que mental : sommeil et alimentation normaux, disparition de l'activité onirique et bonne orientation. »

Une sortie d'essai est accordée le 12 octobre 1963. A la consultation de post-cure du 29 avril 1964, Mme C... est en très bon état physique et ne présente aucun trouble mental.

Nous voyons donc que la sismothérapie, grâce à son action énergétique, contribue dans une grande part à la guérison des psychoses puerpérales. FROMENTY, qui a traité 57 malades, entre 1951 et 1961, la plupart du temps par des électrochocs, n'hésite pas à déclarer devant le Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française qui s'est tenu à Anvers en 1962 : « En trente ans, la thérapeutique moderne a permis d'améliorer le pronostic des psychoses puerpérales, et de diminuer massivement le nombre de femmes qu'une évolution schizophrénique conduisait à passer les deux tiers de leur vie dans un hôpital psychiatrique. »

Peut-on trouver meilleur hommage à l'action de la sismothérapie ?

MALADES "CHRONIQUES"

Nous abordons ici les cas de ces malades qui forment la majeure partie des pensionnaires de l'hôpital psychiatrique. Ce groupe comprend en général des schizophrènes, des délirants chroniques, des arriérés mentaux, des maniaco-dépressifs, des épileptiques, etc..., tous des psychotiques qu'aucune thérapeutique n'a réussi à guérir. Ils sont donc là pour une durée indéterminée et la plupart sont imbibés de neuroleptiques.

Il arrive cependant que ces malades, d'apparence tranquille, traversent des épisodes paroxystiques : agitation, stupeur, délire hallucinatoire, refus d'aliments, confusion mentale. Le psychiatre doit alors prendre des mesures énergiques pour aider ces patients à traverser la période difficile et ramener le calme dans le pavillon. D'autre part, il ne faut jamais perdre espoir, même devant les cas les plus désespérés, car des rémissions spectaculaires peuvent survenir et sortir le vieux catatonique ou le délirant chronique de leur marasme.

— BARUK est contre l'électrochoc dans ces cas : « Reste enfin la question de l'atténuation des réactions des malades mentaux agités ou délirants dans les services hospitaliers. Si, en pareil cas, l'électrochoc n'est appliqué qu'à titre d'antidote de l'agitation ou pour assurer la tranquillité du personnel, il ne mérite pas alors vraiment le nom de méthode thérapeutique. »

GAYRAL est plus explicite : « Quand il s'agit de malades chroniques, qui constituent la masse des pensionnaires d'hôpital psychiatrique, on demande, ou plutôt on demandait à l'électrochoc la sédation de l'agitation, à titre symptomatique, puis un effet curateur aléatoire. Le premier effet s'obtient avec moins de peine, de risques, d'appareillage et de temps avec les neuroleptiques. A ce titre et dans cet usage on comprend que l'électrochoc soit d'un emploi très réduit à l'hôpital psychiatrique. »

Les exemples ne manquent pas pour illustrer ces opinions. Ainsi chez des maniaques stabilisés par une certaine dose de neuroleptiques et qui traversent des épisodes d'agitation, nous faisons des injections d'halopéridol, de majeptil ou de sédalande depuis quelque temps. Au bout de 3 ou 4 jours de ce traitement, nous avons toujours la satisfaction de voir les malades se calmer et reprendre leurs occupations antérieures. Cette méthode est aussi valable chez les délirants chroniques, les oligophrènes et même les épileptiques.

— Cependant d'autres auteurs n'hésitent pas à faire appel à quelques séances de sismothérapie pour faire avorter l'accident psychotique aigu.

GUNTER estime que c'est un devoir d'appliquer l'électrochothérapie chez les malades chroniques. Elle contribue à changer l'atmosphère des quartiers.

UEBERSCHLAG écrit dans sa réponse à notre questionnaire : « D'autre part, il nous arrive d'utiliser une série toujours de 3 à 6 électrochocs, chez des malades enlisés, cela lorsqu'ils perdent le contact sociothérapique ou qu'ils refont un épisode aigu. Il semble que l'électrochoc soit supérieur dans ce cas au Majeptil. »

Les malades suivants ne démentiront pas ces affirmations.

• OBS. 105. — Mme DES... Denise, née le 7 septembre 1907, est hospitalisée à Ravenel depuis le 4 octobre 1949. Voici son billet d'entrée : « Présente un état d'opposition avec négativisme, réactions violentes, idées de persécution. Schizophrénie probable. Déjà hospitalisée à St-Rémy et Maréville. »

Depuis son entrée, toutes les thérapeutiques furent essayées chez elle : cure de Sakel, sismothérapie, Largactil, Réserpine, Majeptil, Halopéridol, etc... Aucune amélioration permettant la sortie ne fut jamais constatée. Tout au plus, grâce à de fortes doses de neuroleptiques, elle arrive à s'adapter à la vie du pavillon des chroniques où elle a finalement échoué.

Cependant, en moyenne deux à trois fois par an, elle traverse un épisode aigu caractérisé par une agitation psychomotrice avec dilacération de ses vêtements, violences envers les infirmières, insomnie et refus absolu de toute alimentation. A chaque fois, on lui fait une série d'électrochocs, variant de 3 à 18, qui ramène le calme et la reprise de contact.

Ainsi elle a reçu depuis son entrée jusqu'au 15 mai 1964, 196 électrochocs en tout.

OBS. 106. — Mme STO... Marie, âgée de 45 ans, est internée à Ravenel le 19 octobre 1955 pour délire hallucinatoire chronique. Voici le certificat de 24 heures : « Etat délirant complexe semblant évoluer par poussées depuis plusieurs années. Multiplicité et intrication des thèmes sans systématisation. Mécanismes hallucinatoires, illusionnel et interprétatif. Onirisme : rêves terrifiants. Convictions délirantes. Aucune ébauche de doute ou de critique des phénomènes psychosensoriels malgré une lucidité bien conservée. »

Nous l'avons revue le 14 mai 1964 : elle est calme, docile et critique tous ses troubles antérieurs. Elle reste à Ravenel parce qu'elle n'a aucun point de chute à l'extérieur. Elle a reçu en tout 82 électrochocs à raison de 8 à chaque épisode aigu. Les épisodes aigus se caractérisent toujours par une reprise des hallucinations avec agitation, insomnie et même parfois tentative de suicide. Ils ont chaque fois rétrocédé à la suite de la sismothérapie.

OBS. 107. — Mlle NO... Marie-Thérèse est hospitalisée à Ravenel le 8 septembre 1952 dans sa 25^e année pour « bouffée délirante sur fond de débilité mentale, subexcitation psychique, subconfusion, fausses reconnaissances, onirisme avec hallucinations auditives et visuelles, idées délirantes peu systématisées post-oniriques. »

Toutes les thérapeutiques psychiatriques (Insuline, sismothérapie, neuroleptiques) furent essayées chez elle mais sans succès durable. Actuellement, elle est stabilisée avec de l'Halopéridol en gouttes mais de temps en temps elle présente des poussées, toujours les mêmes : reprise du délire : « J'ai peur d'Adolphe Hitler; je l'ai vu dans un champ et il m'a tiré dessus... la nuit, j'entends qu'on me cause à la radio... »; elle est alors anxieuse, refuse de s'alimenter et fait des impulsions violentes.

De nombreux médicaments ont été essayés au cours de ces épisodes aigus mais aucun n'avait la rapidité d'action et l'efficacité de quelques séances de sismothérapie. En attendant l'apparition d'autres neuroleptiques, Mlle NO... est traitée de la façon suivante : elle prend régulièrement de l'Halopéridol en gouttes et dès qu'elle recommence à parler d'Hitler, on lui fait 3 ou 4 électrochocs et tout rentre rapidement dans l'ordre.

L'électrochoc peut donc calmer les poussées évolutives. Cependant des surprises agréables attendent parfois le psychiatre : l'observation suivante en est un témoignage indéniable.

OBS. 108. — Mlle H... Jeanne, 47 ans, est admise dans le service le 18 septembre 1951. Le certificat de 24 heures est ainsi libellé : « Psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations multisensorielles : auditives, olfactives et cœnesthésiques. Délire systématisé à thème d'influence et de persécution. Psychose en évolution depuis plusieurs années. Ecrits multiples, plaintes au Procureur de la République retrouvées dans son sac à main. »

Nous empruntons quelques passages à ces différents écrits pour narrer son histoire.

Voici d'abord des extraits de ses « Lettres au Procureur de la République » :

« Habitant à Epinal, j'ai cessé depuis plusieurs mois mon travail pour cause de santé. Dès fin juillet 1949, j'ai remarqué que j'étais suivie dans la rue soit par des femmes, soit par des jeunes hommes. Cela me semblait très drôle, mais puisque rien de grave ne s'était produit, j'ai gardé mon calme : la rue est à tout le monde. Mais la rumeur publique allait bon train et propageait des paroles calomnieuses contre moi. J'ai alors compris que l'on me voulait du mal. Le 2 septembre 1949, j'ai fait mettre un article dans « La Liberté de l'Est » pour faire cesser les calomnies; cela arrêta les rumeurs pour quelque temps mais elles reprirent de plus belle par la suite. Cela me gêne énormément pour trouver du travail... Voici un certain temps que je vis dans des frayeurs continuelles : on est venu me dérober un drap pendant mon absence et on me menace de toutes les façons; on veut me faire passer pour une folle, une voleuse, une ivrogne. Y a-t-il, Monsieur le Procureur, des lois qui permettent de pénétrer dans les appartements pendant l'absence des locataires ?

« ...Dans mon appartement je trouve toujours des fentes dans les murs et des trous dans le plafond; des odeurs de carbure, de gaz, de houille s'en échappent et viennent m'incommoder... L'autre jour, en approchant des fenêtres, j'ai ressenti un courant électrique qui me montait dans les jambes jusqu'à la ceinture; cela me semblait venir de dessous les parquets; il doit y avoir dans la maison des personnes qui se servent d'appareils électriques pour me torturer...

« Un jour, j'ai trouvé dans mon buffet une poudre jaune qui dégageait une odeur à vous couper l'appétit. La nuit, une pluie me tombe sur la figure et me fait perdre la vie : cela me pique les yeux et me donne des maux de tête, comme si on m'arrachait le cerveau. Je suis à me demander s'il existe en France une pitié pour les malades ?...

Chaque jour circulent sur les ondes des bruits d'incendie, de vol et d'autres horreurs encore. Je vous demande si tout compte fait, il n'y a pas des bandes de cambrioleurs à Epinal. La police a-t-elle des armes à donner aux citoyens pour se défendre ? Je suis résolue à faire feu sur quiconque attentera à ma vie... »

Depuis son entrée dans le service, la malade ne cesse d'écrire au maire, au directeur, à des amies, etc... Voici quelques extraits de ses « Lettres à Suzanne » :

« Le 21 septembre 1951, deux hommes et trois femmes sont venus chez moi et m'ont enlevée pour m'amener à Ravenel. En cours de route ils m'ont fait respirer des odeurs de pharmacie pour me troubler le cerveau...

« Maintenant, c'est l'hiver : les oiseaux ont regagné les pays chauds mais moi je suis toujours enfermée et entourée de femmes méchantes. Quand je dors la nuit on vient me couper et me raccourcir les cheveux...

« Moi, une des grandes dames d'Epinal, je vis avec des folles : c'est renverser les rangs. Tâche, ma chère Suzanne, de donner de mes nouvelles au tribunal... »

De 1951 à 1959, Mme H... a reçu à peu près 150 électrochocs et une quantité invraisemblable de neuroleptiques sans grande amélioration.

A la suite d'une poussée paroxystique des troubles au mois de mars 1959, la malade subit un traitement confusionnel avec 24 électrochocs. A la sortie de confusion, on note une amélioration spectaculaire.

Le 17 décembre 1959, le médecin-chef écrit dans un certificat de situation : « A été hospitalisée depuis 1951 pour psychose hallucinatoire chronique. Cet état s'est considérablement amélioré depuis plusieurs mois sous l'influence de la thérapeutique. En conséquence le placement d'office ne se justifie plus et peut être transformé en placement volontaire. »

La sortie définitive est accordée le 16 avril 1960, après 9 ans d'internement.

Des cas pareils prouvent que l'utilité de la sismothérapie est encore grande chez les malades enlisés dans les pavillons dits des chroniques.

CONCLUSION

Au cours de ce chapitre, consacré au bilan actuel de l'électrochoc-thérapie, nous avons confronté les opinions de différents auteurs sur l'utilisation actuelle de la sismothérapie dans les divers états psychotiques, qu'ils soient aigus ou chroniques. Nous avons illustré le débat par des observations, le plus souvent récentes, tirées des archives des différents services de Ravenel. Il nous faut maintenant en tirer les conclusions qui s'imposent et ce sera le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV

INTÉRÊT ACTUEL DE L'ÉLECTROCHOC

Chapitre IV

INTERET ACTUEL DE L'ELECTROCHOC

Tout au cours du débat que nous avons ouvert entre les différents psychiatres, trois opinions semblent revenir le plus souvent : certains considèrent l'électrochoc comme dépassé par les chimiothérapies et ne veulent plus en entendre parler; d'autres estiment, au contraire, que les neuroleptiques ne résolvent aucun problème en psychiatrie et qu'il faut revenir à la sismothérapie; une troisième catégorie d'auteurs n'est hostile ni à l'une ni à l'autre de ces méthodes mais préconisent plutôt leur association pour combattre les maladies mentales. Il ressort aussi de cette confrontation que l'électrochoc peut être abandonné dans certains domaines, qu'il garde un rôle d'appoint dans d'autres et que sa suprématie est indiscutable dans certaines maladies mentales. Faisons donc une mise au point :

DOMAINES OU L'ELECTROCHOC EST ABANDONNE

Ce sont les maladies mentales où la chimiothérapie ou d'autres méthodes thérapeutiques sont les plus employées et les plus efficaces.

On peut citer :

— L'HYSTÉRIE : les cures de sommeil, la psychothérapie et la ^{Psych}neuro-analyse arrivent à bout de la plupart des accidents hystériques.

DELMAS-MARSALET, cité par LAPIPE et RONDEPIERRE, avait écrit longtemps avant l'avènement de la chimiothérapie : « Nous nous demandons si l'inconscience du choc et l'amnésie consécutive ne sont pas précisément un obstacle à la guérison du trouble pithiatique; ce qui guérit l'accident pithiatique (nous ne dirons pas le fonds mental pathologique du pithaitique), c'est qu'on lui impose brutalement la conscience de l'irréalité de cet accident. Un paraplégique pithiatique marche à partir du moment où on l'a fait marcher malgré lui, où on lui a prouvé qu'il pouvait marcher. L'inconscience du choc ne permet pas de lui donner cette évidence. Kalinowski a vu des pithiatiques, traités par chocs, transférer leur paralysie sur un autre membre. »

Cette affirmation demeure valable en 1964.

— LES SYNDROMES HYPOCONDRIAQUES : la sismothérapie risque de fournir aux malades d'autres sujets de préoccupations ou d'écoute et d'exagérer leurs tendances revendicatives.

— LES TROUBLES CARACTÉRIELS DES ÉPILEPTIQUES : le psychiatre dispose actuellement de nombreux médicaments pour diminuer les

réactions caractérielles des sujets, leur mauvaise tolérance de l'ambiance et donc leur agitation, leur tendance impulsive, les périodes de confusion, etc... Personnellement nous avons obtenu et nous obtenons encore de très bons résultats avec le Bripadon et le Neuleptil.

— LES INDICATIONS EXTRA-PSYCHIATRIQUES (diabète, énurésie, douleurs zostériennes, ulcères gastriques, etc...) que l'électrochoc avait pendant un temps recueillies. Il ne viendrait plus à l'idée d'aucun médecin de traiter un ulcéreux, un tabétique ou un hémiplégique par la sismothérapie alors qu'il dispose d'une gamme variée de médicaments pour s'attaquer à tous les symptômes.

Ces indications ne doivent être gardées que comme des vestiges de l'époque héroïque de l'électrochoc.

DOMAINES OU L'ELECTROCHOC JOUÉ UN RÔLE D'APPOINT

La sismothérapie est ici utilisée soit d'emblée en association avec les neuroleptiques, soit en cas d'échec de ces derniers. Nous distinguerons :

1° *Les syndromes maniaques*: tous les psychiatres admettent que cette forme de la psychose maniaco-dépressive réagit très difficilement à l'électrochoc. Elle semble parfois guérir uniquement par la chimiothérapie. Cependant cette éventualité n'est pas toujours réalisée rapidement malgré de fortes doses de neuroleptiques. D'autre part certaines formes de manies demandent d'emblée un traitement énergique : c'est le cas par exemple des manies délirantes et hallucinatoires, des manies suraiguës dans lesquelles l'irritabilité est intense et pousse les malades à des réactions violentes contre les personnes ou les choses. La sismothérapie est alors associée dès le début à la chimiothérapie. Certains auteurs même n'hésitent pas à recourir à la cure d'anéantissement ou attaquer le délire.

Cependant la découverte de médicaments de plus en plus puissants comme la prochlorpémazine (Témentil), la thiopropérazine (Majéptil) et les butyrophénones (Halopéridol et plus récemment encore le Sédalande) tend à contester à l'électrochoc même ce rôle de médication d'appoint.

2° *Les dépressions modérées* : elles étaient autrefois automatiquement justiciables des méthodes de choc. Actuellement, et surtout dans les dépressions névrotiques, la gamme des anti-dépresseurs permet d'adapter efficacement un médicament à chaque cas. Il arrive cependant que dans certains cas, malgré l'augmentation des doses des drogues, le malade ne sort pas complètement de sa dépression : on dirait qu'un déclic ne veut pas se faire quelque part. Il est alors légitime de recourir à la sismothérapie en seconde intention pour compléter une amélioration insuffisante ou qui tarde à se faire jour. En général, il suffit de quelques séances pour transformer l'humeur du malade.

Cette place d'appoint est largement facilitée par les anti-dépresseurs eux-mêmes qui peuvent être associés sans crainte à l'électrochoc.

3° *Les schizophrénies anciennes* : au cours des rechutes, la sismothérapie combat l'agitation des catatoniques, l'autisme et les refus d'aliments. Une fois ce résultat obtenu, le véritable traitement de la schizophrénie chronique doit commencer : cure de Sakel, neuroleptiques, psychothérapie... HOFF et ARNOLD écrivent : « Nous croyons que le traitement par choc ouvre la porte vers le malade, une porte qui était fermée par le processus schizophrénique. Mais il faut que quelqu'un passe par cette porte pour se placer auprès du malade. Si personne ne le fait, la porte se referme et nous retournons au point de départ. »

Selon THIÉBAUX, « la grande majorité des thérapeutes estime en effet qu'il dépasse les possibilités de l'électrochoc de modifier un noyau ancien et fixé, à moins qu'intervienne un élément périodique dans la marche de l'évolution. » Il cite alors COSSA qui écrit à ce sujet : « ...Même quand elles ne guérissent, les méthodes de choc ne sont pas pour cela totalement inutiles : elles améliorent certains symptômes, même chez les déments précoces anciens et apparemment fixés; elles calment les crises d'agitation, le gâtisme, l'hostilité. Elles le font pour un temps plus ou moins long mais comme un petit nombre de chocs électriques suffisent alors, rien n'empêche de recommencer. »

4° *Les bouffées délirantes* : nous avons vu que le traitement est avant tout étiologique. Dans les cas où l'étiologie n'est pas décelable, l'association neuroleptiques-électrochoc est conseillée par de nombreux auteurs. La sismothérapie permet de calmer rapidement l'agitation et surtout de décaper la psychose et de permettre de risquer un pronostic; en effet il ne faut pas oublier que de nombreux schizophréniques commencent leur maladie par une bouffée délirante. L'électrochoc permet dans ce cas de mettre en lumière des signes de dissociation intrapsychique, etc..., le rideau sera ainsi levé sur la schizophrénie.

Nous verrons plus loin l'action de l'électrochoc dans les délires avec son « refoulement amnésiant secondaire » (SINGER) très appréciable.

5° *Les états confusionnels* : la conduite thérapeutique est dictée tout d'abord par les facteurs étiologiques.

VERMOREL et ses collaborateurs ne pensent pas « que l'apparition des neuroleptiques ait, en ce domaine, éclipsé l'action de l'électrochoc qui garde, ici, une de ses meilleures indications.

En effet, il n'est pas toujours facile de faire absorber à un confus un traitement médicamenteux et les injections, d'autre part, ont un effet hypotenseur chez ces malades qui acceptent souvent difficilement l'aliment. Enfin, les neuroleptiques n'ont pas ici une action aussi immédiate et spectaculaire que l'électrochoc. La confusion mentale aiguë requiert un traitement d'urgence que seul, à notre avis, réalise pleinement l'électrochoc qui permet, en outre, de pratiquer des perfusions.

Notre préférence va à une association électrochoc et chlorpromazine ou électrochoc et prochlorprémine.

Xavier ABÉLY a toujours été intrigué par le problème suivant : d'une part l'électrochoc provoque des états confusionnels et, d'autre part, il exerce une action favorable sur la confusion mentale. Après de nombreux travaux, il est arrivé à la conclusion que l'électrochoc a deux sortes d'effets favorables possibles dans la confusion mentale :

— son influence élective sur l'anxiété et l'agitation qui s'exerce probablement par son action primordiale sur les centres hypothalamiques, se manifeste nettement sur ces symptômes secondaires de la confusion.

L'état thymique pénible s'apaise. La conscience vague mais angoissante de la maladie, l'effort douloureux que fait le malade pour dissiper le brouillard qui l'entoure, s'atténuent progressivement. L'agitation, l'excitation psychomotrice se calment. L'insomnie diminue. La fièvre même peut baisser.

Comme ces symptômes, par leur action en retour, aggravent l'épuisement cortical, leur atténuation ou leur disparition exerce une influence heureuse sur le syndrome basal lui-même en contribue à son amélioration. Dans ce rôle, l'électrochoc a donc pour résultat d'isoler le noyau confusionnel, d'élaguer toutes ses efflorescences parasites, de le décanter des scories qui l'entourent.

— stimulation du cortex par l'intermédiaire des centres encéphaliques.

6° *Les états psychonévrotiques* : nous devons faire ici la distinction entre :

— névrose d'angoisse, phobique ou obsessionnelle : la sismothérapie ne s'impose pas toujours d'emblée.

Loo et ses collaborateurs écrivent : « Médecins, neurologues, thaumaturges traitent ces malades; le psychiatre est souvent l'instance ultime où confluent les échecs.

L'électrochoc est une tentation, en présence de sujets dont les doléances nous submergent, insensibles à certains traitements, intolérants à d'autres. Mais ce n'est que différer une solution, car les troubles de la mémoire consécutifs gênent la psychothérapie. Solution de force ou de facilité, mauvaise solution en soi... mais qui s'impose parfois quand la tension anxieuse est trop forte, quand s'ébauche l'évolution vers un état mélancolique... »

PERRIN et CERTHOUX expliquent pourquoi ils préconisent des électronarcoses au décours des états névrotiques et ceci en association avec les autres méthodes de traitement (cures de sommeil, psychanalyse, psychothérapie, etc...). « Il nous semble qu'à ce stade le malade est dans une sorte d'équilibre psychologique instable, et tout prêt à reconstruire soit sa maladie soit sa guérison. Peut-être, alors, les électronarcoses facilitent l'oubli, euphorisent le malade, lui permettent ainsi

de mieux réagir, et augmentent sa réceptivité psychothérapique, tout cela sans préjuger, d'ailleurs, d'une action neuro-hormonale moins évidente, par action diencéphalique, qui concourt, elle aussi, à rétablir chez ces malades un équilibre somatique très perturbé. »

— toxicomanies : quelques auteurs conseillent la cure d'anéantissement de BINI chez les toxicomanes, aussi bien alcooliques que médicamenteux, pour leur faire « oublier » la drogue nocive. Cependant la tendance actuelle est de faire quelques électrochocs pour apaiser l'état de besoin pendant la cure de sevrage et éviter les rechutes par la suite.

Paul ABÉLY résume cette action en une seule phrase : « Dans la cure même de désintoxication, l'électrochoc accélère remarquablement cette cure, évite toutes les complications et permet le sevrage immédiat. »

— anorexie mentale : une fois écartées toutes les causes organiques de l'anorexie, il est parfois utile d'avoir recours à quelques électrochocs pour « débloquer » le malade et lui faire reprendre une alimentation rationnelle. La sismothérapie rend aussi le malade plus perméable à la psychothérapie.

7° *Les malades internés à vie dans les hôpitaux psychiatriques* : Ces malades (schizophrènes, délirants chroniques, psycho-maniaco-dépresseurs) sont lourdement imprégnés de neuroleptiques et sont la plupart du temps « stabilisés ». Cependant, au cours des poussées évolutives de leur psychose, il est utile de faire appel à l'électrochoc pour arrêter un refus d'aliment invincible, apaiser un accès d'agitation violente ou couper un délire. La sismothérapie permet le plus souvent de restituer un contact lucide et affectif chez des patients qui sombrent dans l'autisme et l'inertie. Cette amélioration du comportement contribue à transformer l'atmosphère des services.

DOMAINES OU L'ELECTROCHOC GARDE UNE PRIORITÉ ABSOLUE

Dans ces cas, la sismothérapie peut être utilisée sans le secours des thérapeutiques médicamenteuses, ou tout au moins c'est à elle que revient le mérite de la guérison des malades. Il est intéressant de noter que les psychoses où l'électrochoc reste indispensable sont les plus graves de toutes les maladies mentales en ce sens qu'en l'absence de tout traitement énergétique, la mort peut survenir à plus ou moins brève échéance. Cela est surtout vrai pour le délire aigu, le delirium tremens, les psychoses puerpérales et à un degré moindre pour les syndromes mélancoliques. Les délires chroniques et les schizophrénies au début, s'ils n'entraînent pas une issue fatale immédiate, ne représentent pas moins un handicap sérieux pour la vie des malades. Voyons cela de plus près.

ELECTROCHOC ET MELANCOLIE

Si les auteurs discutent la valeur de l'électrochocthérapie dans la manie, dans les délires et même dans la schizophrénie, il est un terrain où l'accord est réalisé, c'est celui de la mélancolie. En effet, en dépit des progrès remarquables accomplis par la chimiothérapie antidépressive, une majorité écrasante d'auteurs estime qu'il est encore impossible de se passer de la sismothérapie dans le traitement des états mélancoliques.

Nous céderons la parole, si vous le voulez bien, à GUYOTAT et PERRIN pour qu'ils nous apportent les éclaircissements nécessaires; ils affirment d'abord : « C'est incontestablement l'électrochoc qui a représenté et représente peut-être encore la thérapeutique la plus sûre de la mélancolie. » Puis ils essaient d'expliquer cette action en citant quelques auteurs : « DELMAS-MARSALET a décrit dans une perspective jacksonienne la théorie de la dissolution-construction. Les études faites sur la reconstruction du psychisme post-choc sont extrêmement instructives pour comprendre le dynamisme de la guérison du mélancolique. STAINBROOK a tenté cette étude à l'aide du Rorschach. Il écrit : « Les éléments constitutifs de la personnalité vus à travers le Rorschach, se configurent en des gestalten différentes, quoique de façon fugace, pendant le cours de la phase post-choc. » EBTINGER, dans sa thèse, montre comment dans cette phase le mélancolique joue une sorte de drame qui lui permet une réconciliation progressive avec l'autorité punitive qu'il porte en lui. C'est ainsi que le mode de relation qui s'établit avec le personnel soignant pendant cette phase post-choc peut avoir une valeur thérapeutique en elle-même.

« Plusieurs analystes ont insisté sur l'aspect punitif de l'électrochoc, quelque répugnance qu'il y ait pour le médecin à se voir attribuer un rôle de bourreau. Les tendances auto-punitives du mélancolique sont évidentes. Corrélativement, le mélancolique ne veut pas guérir. Or, un traitement violent lui est imposé. Cela est à mettre en regard de cette constatation récente de KUHN : certains mélancoliques ne guérissent pas avec l'Imipramine tout simplement parce qu'ils refusent l'absorption orale de médicaments. Par contre, ils sont tout à fait capables d'une absorption massive du même médicament dans le dessein de se détruire.

« On a beaucoup insisté sur la valeur thérapeutique de l'amnésie post-choc. On constate, en effet, qu'elle est beaucoup plus fréquente, du moins dans les premières semaines, pour les mélancoliques que pour les autres malades. Elle porte le plus souvent sur les circonstances les plus douloureuses de la crise... »

SCHERR avance une autre explication : « ...Mais, psychologiquement, il est clair que pour le malade le traitement de choc a une valeur autre que la simple absorption de certaines drogues, bien que l'élément oral de cette thérapeutique soit un élément intéressant à noter et à discuter. Qu'il le ressente ou non comme un acte punitif se substituant à ses propres tendances auto-destructrices, il s'instaure, en

tout cas, entre le malade et son thérapeute un dialogue psychothérapique où le thérapeute, tour à tour consolateur et agresseur, joue des rôles divers dans ce drame, qui permet au malade la renormalisation de sa personnalité affective.

...Le Tofranil ne guérit pas la mélancolie, pas plus que la sismothérapie d'ailleurs : il ouvre la porte vers la guérison. La mélancolie ne saurait se guérir avec une pilule et c'est pourquoi le Tofranil (pas plus que la sismothérapie) ne doit être utilisé par n'importe quelle main inexperte. Ils doivent s'insérer dans l'arsenal thérapeutique de la mélancolie. Ils sont en quelque sorte une clé permettant d'actionner une serrure, mais il faut le geste du psychiatre pour tourner la clé et ouvrir la porte vers la guérison. »

Nous terminerons ce chapitre sur la mélancolie par une nouvelle fraîche puisqu'elle date de 1964 : le Professeur KIELHOLZ nous a communiqué dans les circonstances déjà citées qu'à Copenhague, l'unanimité des participants au Colloque International sur l'Electrochoc s'est faite sur la priorité de la sismothérapie dans le traitement des états mélancoliques.

Délirium Tremens

La sismothérapie guérit rapidement le délire alcoolique subaigu et l'empêche de se transformer en delirium tremens. Au stade de delirium confirmé, elle enraye l'évolution fatale. Il est toujours recommandé de faire deux ou trois séances très rapprochées.

Le Professeur KIELHOLZ nous a cependant déclaré qu'à Copenhague les psychiatres n'ont pas retenu l'utilisation de l'électrochoc dans les psychoses alcooliques aiguës.

Cette action porte, d'une part, sur le tableau clinique somatique, d'autre part sur le tableau mental (BOYER). Nous envisageons donc :

— *L'action sur le syndrome physique* : c'est la plus rapide et la plus spectaculaire.

C'est d'abord un effet régulateur du métabolisme hydrique : dès la fin de la crise convulsive, la sudation est arrêtée immédiatement ; le malade urine et, au réveil, il réclame à boire tout seul.

Ensuite il faut souligner que l'électrochoc, de par son action directe sur la diencéphale entraîne une chute thermique rapide et spectaculaire : en quelques heures, la température peut chuter de 40° à 37°.

— *L'action sur le syndrome mental* : après le choc, l'agitation, l'onirisme et la confusion mentale sont moins intenses.

En résumé, nous pouvons dire que dans les psychoses alcooliques aiguës ou subaiguës, la sismothérapie stoppe la déshydratation, régularise la température ainsi que d'autres fonctions neuro-végétatives,

arrête la chute de l'état général et atténue l'agitation, l'onirisme, la confusion mentale.

Délire Aigu

De nombreux auteurs sont actuellement d'accord pour estimer que devant cette affection meurtrière qu'est le délire aigu, une thérapeutique énergique doit être instituée et leur préférence va à la sismothérapie dont les effets sont rapides. Elle agit de la même façon que dans le delirium tremens, c'est-à-dire qu'elle amène la défervescence thermique, l'arrêt de la déshydratation et qu'elle calme l'agitation. En plus, et cela est très important, l'électrochoc, par son action indirecte sur le métabolisme des protides, arrête l'augmentation du taux de l'urée sanguine.

Délire Chronique

L'association des neuroleptiques et de la cure d'anéantissement de BINI compte de très beaux succès dans le traitement des syndromes délirants chroniques.

Pour expliquer le mécanisme d'action de l'électrochoc dans ces cas particuliers, nous ferons appel à plusieurs auteurs. Deux problèmes sont à considérer :

— *Problème de l'amnésie* : GÉRARDIN nous en donne un aperçu : Parlant des thérapeutiques de choc en général, FEUILLET écrivait en 1949 : « L'action thérapeutique des méthodes de choc semble apparentée d'assez près au mécanisme psycho-biologique de l'oubli. Il se crée au cours du traitement une sorte d'amnésie élective du pathologique qu'il est essentiel de respecter. »

Cette amnésie partielle et réservée à la période morbide est aussi remarquée par H. EY. Nous avons pu vérifier ces affirmations à multiples reprises chez nos délirants améliorés par électrochoc intensif. Nous avons pu constater des disparitions totales du délire avec perte complète du souvenir d'une époque correspondant à la maladie.

D'autres fois, les malades ayant oublié leurs hallucinations et leurs interprétations passées, conservaient un certain souvenir de leur histoire délirante dont ils donnaient alors une version normalisée et rectifiée. Certains n'allant pas si loin se contentèrent de présenter leurs troubles comme réels et motivés mais actuellement disparus; il y avait « désactualisation » du délire avec persistance de la conviction morbide. Nous avons pu assister également à des « enkystements » de délire, les troubles gardant leur réalité mais ayant tellement perdu en vigueur et en intensité, qu'ils en étaient réduits à l'état d'un « noyau délirant » n'entravant plus aucunement la vie sociale du malade. Enfin dans quelques cas le délire est demeuré entier, mais comme appauvri et sans force, toujours présent mais totalement « dévitalisé ».

Il est intéressant de comparer l'action de l'électrochoc avec l'action de la cure neurolégique dans les mêmes délires chroniques. LABOUCARIE et ses collaborateurs reconnaissent les stades suivants :

« 1° Parfois on observe la simple indifférence du sujet vis-à-vis de son délire : celui-ci persiste, plus ou moins partiellement, non critiqué, mais ne polarisant plus la pensée et la conduite du malade : « Les gens parlent de moi, je les entends, ils disent que je suis méchante; mais ça m'est égal... je n'y fais même plus attention. »

2° Dans d'autres cas, au contraire, on observe l'épuisement du délire qui n'est plus actualisé, sans que l'expérience délirante passée soit critiquée. Ainsi, des sujets restent ambivalents, demi-réticents, non perplexes comme dans la période d'invasion, mais facilement douteux, et accessibles à la psychothérapie : « Je domine tout cela maintenant, c'est fini, je n'y pense plus, je peux vivre normalement. »

3° Dans certains cas, enfin, plus rares, c'est une liquidation complète du délire avec critique exacte; il s'agit le plus souvent de délire assez récent, peut-être moins convictionnel. »

KIFFEL explique que dans les associations avec la Chlorpromazine, « l'électrochoc présente le pouvoir de susciter une amnésie thérapeutique le plus souvent indispensable, en dernier ressort, pour effacer les éléments résiduels d'un délire dont la guérison complète est entravée par quelques souvenirs parasites. »

— *Problème de la thymie* : en effet on ne doit pas négliger le rôle de l'électrochoc sur les composantes thymiques du délire. GÉRARDIN écrit à ce sujet : « ...D'autre part, nous avons déjà signalé qu'en 1944, FEUILLET et BEAUDOIN avaient noté que la présence d'éléments thymiques dans la symptomatologie d'une affection délirante semblait de bon pronostic. Notre expérience n'est pas uniformément concluante à ce sujet mais, d'une manière générale, les délirants à présentation dépressive ou dont l'histoire morbide était vécue avec une certaine vibration émotionnelle, réagissent bien au traitement. »

L'action de la sismothérapie dans les délires chroniques est donc assez polymorphe. Nous laisserons à GÉRARDIN le soin de conclure :

« Il n'est donc pas étonnant qu'une thérapeutique agissant à la fois sur le plan intellectuel (par l'amnésie) et sur l'affectivité (par action euthymique) offre une remarquable efficacité. »

Il est permis de penser que c'est le cas de l'électrochoc intensif dont l'action est globale. Il se produit un effet de « masse », bien en rapport avec une conception de fonctionnement « totalitaire » du problème nerveux supérieur...

...Quant à la « reconstruction » après le syndrome confusionnel, nous pensons qu'elle pourrait être confiée, chez les délirants notamment, à une psychothérapie active et dynamique. Celle-ci peut en effet trouver prise sur un terrain déjà sérieusement « défriché » par

la thérapie anéantissante. Elle complètera le résultat en faisant suivre l' « oubli » du délire, d'une « critique » du délire. »

PSYCHOSES PUERPERALES

Les psychoses puerpérales se présentent souvent sous la forme de tableaux dont nous avons déjà parlé : états mélancoliques, confuso-oniriques, maniaques, etc..., où l'électrochoc joue un grand rôle.

En résumé, nous dirons que la sismothérapie rend d'énormes services dans les psychoses du post-partum en calmant l'agitation parfois impressionnante des parturiantes, en stoppant les différents états confuso-oniriques et en évitant l'évolution vers le délire aigu ou la schizophrénie.

SCHIZOPHRÉNÉES AIGÜES

Plusieurs aspects de l'action de l'électrochoc sont à considérer ici et nous nous aiderons de l'excellente thèse de THIÉBAUX pour évoquer les principaux :

— *Notion d'ancienneté de la psychose* : de nombreuses statistiques essaient de montrer que l'électrochoc est d'autant plus efficace que la psychose schizophrénique est récente. THIÉBAUX en cite plusieurs mais nous retiendrons que celle d'IMPASTATO et ALMANSI « portant sur plus d'un millier de malades traités et qui voient passer les échecs de 23 % dans les six premiers mois à 30 % dans une période d'ancienneté comprise entre 6 et 24 mois et à 62 %, lorsque cette période dépasse les 2 ans; même après deux ans les auteurs conservent néanmoins 32 % de résultats foverables dont 8 % seulement de guérisons. »

— *Notion de forme clinique de la psychose* : deux auteurs cités par THIÉBAUX éclaireront notre lanterne à ce sujet :

COSSA et MULLER qui estiment « que les formes catatoniques avec stupeur et négativisme considérable sont avant toute autre thérapeutique l'indication de l'électrochoc. Ces mêmes auteurs, considérant les chances de succès par rapport au mode de début de l'affection indiquent que dans les formes à début excito-confusionnel, la pratique rapide de l'électrochoc permet d'éviter souvent une cure de Sakel ultérieure. »

MULLER qui pense « que les formes maniaques ou mélancoliques atypiques et que les catatonies agitées, sont une indication de choix, alors que les formes paranoïdes sont résolument réfractaires à la convulsivothérapie tant électrique que cardiazolique ».

— *Notion de psychothérapie associée* : FEUILLET et BEAUDOUIN, cités par THIÉBAUX déclarent : « Il faut dès que possible chercher le contact avec le malade, l'intéresser, lui donner des distractions et des occupations graduées, bref, tenter par tous les moyens de l'engager dans la voie d'une activité normale et de l'y fixer. »

Et nous savons par ailleurs que la sismothérapie facilite la psychothérapie.

En considérant tout ce qui a été dit sur la schizophrénie aiguë, nous pouvons dire que l'électrochoc balaie en quelques séances le mutisme, le refus d'aliment et toutes les autres réactions psychotiques aiguës et polymorphes qui traduisent l'invasion de la maladie. Il rend aussi les malades perméables à la psychothérapie.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'électrochoc a connu avant et pendant la dernière guerre une immense vogue dans le traitement de presque toutes les maladies mentales. A partir de 1950, sont apparus de nombreux médicaments dont l'ambition est entre autre de supplanter toutes les thérapeutiques psychiatriques antérieures jugées « agressives » par quelques auteurs. On reprochait à la sismothérapie les nombreux accidents dont elle était la cause, mais actuellement, avec l'emploi des différentes prémédications (curarisants, hypnotiques, tranquillisants, etc...) et toutes les précautions d'usage (ECG, radiographies, etc...), ces accidents sont devenus rares. Ainsi GOTTLIEB et MORRIS ont pu traiter plusieurs malades atteints d'ostéoporose grave de la colonne vertébrale sans aucun incident et POROT peut déclarer : « L'emploi de l'anesthésie curarisation à la succinylcholine et les traitements cardiaques préventifs diminuent si considérablement ces risques de complication que l'on peut admettre que les contre-indications cardiaques à la pratique de l'électrochoc sont devenues exceptionnelles. » Débarrassée de la plupart de ces inconvénients, la sismothérapie a résisté au raz-de-marée chimiothérapique qui la menaçait. D'ailleurs BONNET le reconnaît, malgré son enthousiasme pour la psychopharmacologie : « Si l'on cherche à porter un jugement général sur les chimiothérapies psychiatriques telles qu'elles se sont développées depuis 1952, on est obligé de conclure à un bilan très positif. L'enthousiasme provoqué par les succès spectaculaires du début était parfaitement justifié et c'est bien une modification très importante de l'activité du psychiatre et du personnel des établissements que l'apparition de ces thérapeutiques nouvelles a entraînée. Non pas que les anciennes méthodes de traitement soient à abandonner. Certaines, comme la cure de Sakel, la cure de sommeil, perdent certes nettement du terrain (pour notre compte, nous ne les pratiquons presque plus). D'autres, comme les électrochocs, résistent encore victorieusement, mais pour combien de temps ? »

Personnellement, nous avons eu la chance d'être interne dans les deux services de Ravenel où l'on fait le plus d'électrochocs : celui du docteur GÉRARDIN pour les hommes et celui de Mme le docteur CAHEN-DAMPT pour les femmes. Nous avons pu y voir l'électrochoc calmer des malades agités, agressifs, alors qu'aucune drogue n'y est arrivée.

Nous avons vu de jeunes schizophrènes retrouver rapidement la parole et reprendre une alimentation normale après un ou deux chocs seulement alors qu'à l'entrée ils étaient muets, opposants et parfois au bord de la cachexie. Enfin, nous avons assisté à la presque résurrection de plusieurs mélancoliques, de quelques éthyliques en proie au *delirium tremens* et même d'une malade atteinte de délire aigu. Nous avons aussi constaté que la chimiothérapie est nécessaire pour consolider ou même compléter les effets bénéfiques de la sismothérapie chez les mêmes agités, les mêmes schizophrènes, les mêmes mélancoliques, les mêmes *delirium tremens* et la même malade atteinte de délire aigu.

Dans le concert des voix qui se sont élevées et s'élèvent encore pour défendre ou combattre l'électrochoc, nous donnerons encore et pour la dernière fois la parole à quelques-uns de nos aînés dans ce domaine si passionnant qu'est celui de la psychiatrie. Leurs opinions résument parfaitement l'esprit de cette thèse et serviront de clôture au débat que nous avons soulevé.

C'est d'abord Paul ABÉLY qui écrit à propos de la sismothérapie, et ceci en novembre 1963 : « Elle demeure irremplaçable. Il est inutile de la réhabiliter face à certaines critiques trop systématiques et mal justifiées, car elle est en train de se réhabiliter elle-même et de reprendre sa place capitale dans l'arsenal de la thérapeutique moderne. »

Ensuite DESHAIES et ses collaborateurs qui déclarent : « L'erreur serait grande et funeste d'opposer entre elles les diverses méthodes thérapeutiques et d'en proscrire certaines d'une manière systématique. Elles se complètent selon les cas et selon l'opportunité thérapeutique.

« Convenablement appliquées, l'électrochothérapie et l'insulinothérapie restent efficaces et très utiles. Elles ne sauraient encore être remplacées par la chimiothérapie dont les nouveautés figurent du reste un appoint très intéressant, capable de progresser dans l'avenir. L'attente des méthodes de demain ne dispense, en aucun cas, de l'usage des méthodes d'aujourd'hui ni même de quelques-unes d'hier. »

Enfin, c'est GAYRAL qui termine une si importante étude sur les nouvelles chimiothérapies en psychiatrie en déclarant : « On a cru voir parfois dans l'avènement des nouvelles chimiothérapies un bouleversement complet de la thérapeutique en psychiatrie. *Mais les meilleurs résultats obtenus jusqu'ici dans le domaine de la pratique et du plus grand nombre de malades l'ont été par l'association avec les méthodes antérieures de traitement, électrochoc et cure de Sakel notamment.* »

BIBLIOGRAPHIE



1. ABELY (P.).
Ce que nous a enseigné et ce que nous enseigne encore la sismothérapie.
Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 557.
2. ABELY (X.).
Confusion mentale et électrochoc.
Ann. Méd. Psych. 1957, 2, 951.
- 3 ABELY (P.), GELMANN (Ch.) et Mme RONDEPIERRE (M.).
A la recherche d'une thérapeutique chimique plus rationnelle du syndrome discordant et des asystolies névrotiques (schizonévroses).
Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 601.
4. ABELY (P.), Mme RONDEPIERRE (M.) et GELMANN (Ch.).
A propos des maladies de l'appétit. Les hyperorexies féminines pathologiques et leur fréquente évolution vers la toxicomanie. Leur opposition et leurs quelques points communs avec l'anorexie. Leur traitement.
Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 593.
5. ACHAINTE (A.) et BALVET (P.).
Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
6. BALVET (P.).
Chimiothérapie des maladies psychiatriques de la vieillesse.
In « Actualités de la thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
7. BARUK (H.).
Traité de Psychiatrie.
2 vol., 1.569 p., Masson édit., Paris 1958.
8. BARUK (H.), LAUNAY (J.) et BERGES (J.).
Sur une série de résultats thérapeutiques spectaculaires par la chlorpromazine dans des psychoses graves suivant une posologie particulière sans association médicamenteuse.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 442.
9. BARUK (H.), LAUNAY (J.) et BERGES (J.).
La thérapeutique par la chlorpromazine.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 705.
10. BECACHE (A.).
Actualité sur la chlorpromazine.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
11. BECACHE (A.).
Le chlorprothixène.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.

12. BERGOUIGNAN (M.), DEMANGEAT (M.) et SEILHEAN (A.).
Une nouvelle phénothiazine, la thioridazine, au banc d'essai de la clinique psychiatrique.
Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, 1960, 4, 376.
13. BERTHERAT (Y.).
Contribution à l'étude de nouvelles chimiothérapies de la mélancolie.
Thèse Méd., Lyon 1959.
14. BERTHIER (Ch.).
Etats confusionnels aigus.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique ».
1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
15. BERTHIER (Ch.) et POUGETOUX (J.).
Délire aigu traité par hibernation.
Ann. Méd. Psych. 1953, 2, 402.
16. BIZOT (J.).
Réflexions sur la pratique des électrochocs sous anesthésie générale et curare.
Thèse Méd., Lyon 1960.
17. BOITELLE (G.) et ROPERT (M.).
Action du fluorésone « ANP 215 » dans les troubles du caractère des épileptiques et dans les états d'anxiété.
Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue française, LX^e session, Anvers 1962, Masson édit.
18. BONNET (H.).
Réflexions sur les chimiothérapies actuelles en psychiatrie. Entretiens franco-allemands de Thérapeutique psychiatrique, Lyon, 21-22 nov. 1959, in *La Revue Lyonnaise de Médecine*, n^o spécial, sept. 1960, p. 59.
19. BONNET (H.).
Traitement des psychoses par des médicaments modernes. Importance de certaines associations.
Entretiens franco-allemands de Thérap. psychiat. Symposium Berlin-Ouest 1960, Karger édit., Bâle 1962.
20. BORENSTEIN (P.), DABBAH (M.), KRAMARZ (P.) et Mlle HENON (C.).
Etude de l'action de l'Isopropylhydrazide de l'acide P-chlorophénoxy-acétique (P.C. 603), nouvel inhibiteur de la mono-amino-oxydase, dans les états dépressifs.
Ann. Méd. Psych. 1961, 2, 582.
21. BOURDON (J.).
A propos du traitement de l'hallucinoase alcoolique.
Acta Neurol. et Psych. Belg. 1956, 56, 507.
22. BOYER (R.).
L'électrochochothérapie dans les psychoses aiguës des alcooliques.
Thèse Méd., Paris, 1955.
23. BRETON (J.), DEFER (B.) et CISSE (I.).
Le traitement des psychoses alcooliques aiguës. (Bilan de 466 accès.)
Ann. Méd. Psych. 1958, 1, 717.
24. BROUSSOLLE (P.).
La Trifluopérazine.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.

25. BROUSSOLLE (P.) et DUBOR (P.).
Premier bilan des effets cliniques d'un nouveau neuroleptique.
C. R. du LIV^e Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue française,
Bordeaux, 1956, Masson édit.
26. BROUSSOLLE (P.) et LAMBERT (P.-A.).
La Thiopropérazine.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p.,
Masson édit., Paris 1963.
27. BRUNO-RIBOLI.
Association électrochoc-médicaments neuroplégiques en thérapeutique
psychiatrique.
(Note e riviste di psichiatria, 50^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957,
p. 771-773).
In *Ann. Méd. Psych.* 1958, 2, 1096.
28. BURGUET (J.) et Mlle GUSDORF.
Délire aigu.
Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 27 240, C10 (1955).
29. CAIN (J.), SERMENT (H.) et de VERVILLE (M.).
Les psychoses précoces du post-partum.
Ann. Méd. Psych. 1959, 2, 229.
30. CARRIER (J.).
L'anorexie mentale des adolescents.
Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 633.
31. CERLETTI (U.).
L'électrochoc.
Congrès Inter. Psychiatr., Paris 1950, Hermann édit.
32. CHATAGNON (P.) et CHANOIT (P.).
Résultats cliniques observés dans les états d'excitation psychomotrice
à la suite de l'action d'un dérivé de la phénothiazine.
Ann. Méd. Psych. 1953, 1, 361.
33. CHEVALIER (R.).
L'association des phénothiazines et de la sismothérapie en psychiatrie.
Thèse Méd., Rennes 1961.
34. COLLIER (G.) et DEFER (B.).
Danger de l'association réserpine-électrochoc. Acathisie apparue au
cours du traitement neuroleptique.
Ann. Méd. Psych. 1956, 2, 327.
35. COSSA (P.), DARCOURT (G.) et Mme DUMAS (A.).
Le délire aigu.
Gazette Méd. de France, 1963, 11, 1939.
36. COSSA (P.) et PAOLI (F.).
Schéma de traitement du delirium tremens.
Gaz. Méd. de France, 68/7, 10 avril 1961, p. 901.
37. DARCOURT (G.) et COSSA (P.).
Etude biologique de 3 cas de délire aigu.
Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Française, LX^e session,
Anvers, 1962, Masson édit.
38. DECHAUME (J.) et GUYOTAT (J.).
Chimiothérapie de la mélancolie.
Lyon Méd., 1959, n^o 47, p. 891.

39. DELAY (J.) et DENIKER (P.).
Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.
1 vol., 496 p., Masson édit., Paris 1961.
40. DELAY (J.) et DENIKER (P.).
Les neuroplégiques en thérapeutique psychiatrique.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 172.
41. DELAY (J.), DENIKER (P.), GINESTET (D.), PERIER (H.) et CONTE (C.).
Essais préliminaires d'un nouvel inhibiteur de la mono-amine-oxydase, l'hydrazino-2-octane (D. 1514) comme antidépresseur.
L'Encéphale, 1962, 6, 517.
42. DELAY (J.), DENIKER (P.) et HARL (J.-M.).
Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie.
Ann. Méd. Psych. 1952, 2, 267.
43. DELAY (J.), DENIKER (P.), HARL (J.-M.) et GRASSET (A.).
Traitement d'états confusionnels par le chlorhydrate de diéthylamino-propyl-N-chlorophénothiazine (4560 RP).
Ann. Méd. Psych. 1952, 2, 399.
44. DELAY (J.), DENIKER (P.) et Mlle LEMPERIERE (T.).
Les traitements des états dépressifs et mélancoliques en fonction des nouveaux médicaments anti-dépresseurs.
C.R. du LVII^e Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Française, Tours, 1959, Masson édit.
45. DELAY (J.), PICHOT (P.), Mlle LEMPERIERE (T.), ELISSADE (B) et PEIGNE (F.).
Un neuroleptique majeur non phénothiazinique et non résérpinique, l'halopéridol, dans le traitement des psychoses.
Ann. Méd. Psych. 1960, 1, 145.
46. DELAY (J.), THUILLIER (J.), PICHOT (P.), Mlle LEMPERIERE (T.) et BRION (S.).
Premiers résultats en clinique psychiatrique du para-chloro-phénoxy-acétate de diméthylaminoéthyl (ANP 235).
Ann. Méd. Psych. 1960, 1, 133.
47. DELL (Ch.-L.).
Enquête clinique sur les effets des acroagonines de Cerletti en thérapeutique psychiatrique.
Ann. Méd. Psych. 1955, 2, 822.
48. DEMAY (G.), de MONTREMY (J.) et MISES (R.).
L'électrochoc prolongé. Résultats cliniques. Etude comparative.
Ann. Méd. Psych. 1953, 1, 355.
49. DENBER (H.-C.-B.) et RAJOTTE (P.).
Etude clinique d'une nouvelle phénothiazine : Majeptil ou 7843 RP.
L'Union Médicale du Canada, 1959, 88, 7, p. 861-864.
50. DENHAM et CARRICK.
Therapeutic value of thioproperazine and the importance of the associated neurological disturbances.
The J. of Ment. Sc. 107, 447, pp. 326-345, 1961.
51. DENIKER (P.).
Hibernothérapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique.
L'Encéphale, 1957, 3, 679.

52. DESCHAMPS (A.) et Mme MADRE (J.).
Traitements en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044 RP).
La Presse Méd. 1957, 46, 1071.
53. DESHAIES (G.), Mlle MORLON (C.) et Mlle RIVAILLE (C.).
Traitement et pronostic des psychopathies chroniques.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 558.
54. DUCHENE (H.) et PAUMELLE (Ph.).
L'électrochoc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychoses maniaco-dépressives.
Ann. Méd. Psych. 1956, 1, 867.
55. EBTINGER (R.), Mme DORNER (C.), FEUERSTEIN (J.) et BAUER (J.-P.).
A propos du traitement des psychoses délirantes aiguës.
Ann. Méd. Psych. 1962, 2, 586.
56. ESCOUROLLE (R.).
Manie aiguë.
La Revue du Praticien, 1962, 31, 3283.
57. EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSET (Ch.).
Manuel de Psychiatrie.
1 vol., 1015 p., Masson édit., Paris 1963.
58. FABING (H.).
La combinaison coramine-électrochoc dans le traitement de l'agitation psychosique.
The Am. J. of Psychiatr. 1948, 105, 435.
In *Ann. Méd. Psych.* 1951, 1, 133.
59. FAVENNEC (M.-J.).
Contribution personnelle à l'utilisation de la centrophénoxine en milieu psychiatrique.
Thèse Méd., Rennes, 1963.
60. FAVEZ-BOUTONIER (J.) et LANTER (R.).
La psychonévrose obsessionnelle.
Encyclop. méd. chirur., Psychiatrie 1955, 37 370 A10.
61. FEUILLET (Ch.), COLLIN (J.) et GERARDIN (J.-R.).
L'électrochoc dans le traitement des toxicomanies.
Concours Méd., 1951, 48, 4037.
62. FEUILLET (Ch.) et GERARDIN (J.-R.).
Un développement récent de l'électrochothérapie. La méthode intensive.
Bulletin Médical, 1954, 7, 163.
In *Ann. Méd. Psych.* 1955, 2, 769.
63. FEUILLET (Ch.), GERARDIN (J.-R.) et MERCIER (J.).
Données numériques sur le pronostic actuel des états maniaco-dépressifs traités par l'électrochoc.
Ann. Méd. Psych. 1953, 2, 399.
64. FEUILLET (Ch.), THIEBAUX (R.) et GERARDIN (J.-R.).
Applications extra-psychiatriques de l'électrochoc.
Revue Méd. Nancy, 1953, 78, 368.
65. FOUKS, LAINE, GRIMAUD et DARIOTIS.
La fin des thérapeutiques de choc et l'avènement de nouvelles thérapeutiques.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 764.

66. FOUKS, LAINE, MATHIS, PAGOT, FERRAND, RIOU et DELAVALLADE.
La fluphénazine, ses indications thérapeutiques.
Ann. Méd. Psych. 1961, 1, 572.
67. FOUKS, LAINE, MATHIS, PERIVIER et M. et Mme HEURTIER.
Note sur l'utilisation clinique de 2145 TH.
Ann. Méd. Psych. 1962, 2, 546.
68. FOUKS, LAINE, PAGOT, MATHIS, FERRANT, DELAVALLADE et RIOU.
La Phénelzine, ses indications thérapeutiques.
Ann. Méd. Psych. 1961, 1, 566.
69. FROMENTY (M.-L.).
Cinquante-sept cas de psychoses puerpérales.
Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Française, LX^e session,
Anvers, 1962, Masson édit.
70. FROMENTY (M.-L.).
Statistiques sur l'évolution des psychoses maniaco-dépressives depuis
l'électrochoc.
Ann. Méd. Psych. 1957, 2, 551.
71. GAYRAL (L.).
Nouvelles chimiothérapies en psychiatrie.
Congrès des Médecins alién. et neurol. de France et des pays de
Langue Française.
LV^e session, Lyon, 1957, Masson édit.
72. GAYRAL (L.), Mlle STERN (H.), MILLET (L.) et BARDIS (Cl.).
L'amitriptyline (Laroxyl) pour le traitement de la dépression et de
la mélancolie.
Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Française, LX^e session,
Anvers, 1962, Masson édit.
73. GENDROT (J.-A.) et RACAMIER (P.-C.).
Névroses d'angoisse.
Encyclop. Méd. Chirurg., Psychiatrie, 1955, 37 330 A10.
74. GERARDIN (J.-R.).
L'Electrochothérapie intensive.
Thèse Méd., Nancy, 1952.
75. GIACANELLI (F.), PALAZZETTI (P.) et ANGELI (G.).
Contribution casuistique à la connaissance des psychoses puerpérales.
(*Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di
Perugia*, 1959, 3, 385.) *Ann. Méd. Psych.*, 1956, 2, 745.
76. GIANNINI (A.) et DEL CARLO GIANNINI (G.).
Sur les modifications du cycle menstruel par l'électrochothérapie.
(*Rossegna di studi psichiatrici* 1956, 2, 326). In *Ann. Méd. Psych.* 1956,
2, 745.
77. GIBERT (J.).
Thérapeutique neuroplégique et hibernothérapie en psychiatrie.
Thèse Méd., Paris 1953.
78. GIUDICELLI (P.) et KNEBELMANN (G.).
Délire aigu azotémique traité par le rein artificiel.
Ann. Méd. Psych. 1961, 1, 269.
79. GODARD et RATJËNERA.
La place du CMP dans le traitement des psychoses dans un service
de psychiatrie et dans la post-cure.
Omnipraticien Français 1962, 4.

80. GOTTSLIEB (J.-S.) et MORRIS (M.-D et L.-E.).
Méthodes et résultats de l'électrochothérapie pendant la curarisation complète.
(*The Am. J. of Psych.* 1953, 109, 10, 735).
In *Ann. Méd. Psych.* 1954, 2, 313.
81. GUIRAUD (P.).
Psychiatrie clinique.
1 vol., 746 p., Le François édit., Paris 1956.
92. GUNTER E. WOLFF.
De l'électrochothérapie. C'est un devoir d'appliquer ce traitement aux malades chroniques.
(*The Am. J. of Psych.* 1955, 3, 10, 748.)
In *Ann. Méd. Psych.* 1956, 1, 187.
83. GURTLER, SOOS et HAUMONTE.
Contribution à l'étude de la lévomépromazine à la lumière de 61 cas traités de façon systématique.
Ann. Méd. Psych. 1958, 2, 980.
84. GURTLER, SOOS et KHENE.
Compte rendu d'essai d'un nouveau neuroleptique, le tartrate d'alimémazine (6549 RP). Premiers résultats obtenus en traitant de façon systématique 25 malades.
Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Française, LVI^e session, Strasbourg, 1958, Masson édit.
85. GUYOTAT (J.).
Etats mélancoliques.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
86. GUYOTAT (J.).
Iproniazide et Inhibiteurs de la mono-amine-oxydase.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
87. GUYOTAT (J.).
Situation actuelle des tranquillisants.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
88. GUYOTAT (J.) et LAMBERT (P.-A.).
L'Imipramine.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.
89. GUYOTAT (J.) et PERRIN (J.).
Chimiothérapie de la mélancolie.
I. Rapport introductif.
Journée de thérapeutique psychiatrique, Vinatier, 23 mai 1959.
In *Journal de Médecine de Lyon*, n^o spécial, p. 11.
90. HASTINGS (D.).
Manie dépressive circulaire, modifiée par « électrochothérapie prophylactique ».
(*The Am. J. of Psych.* 1961, 118, 258.)
In *Ann. Méd. Psych.* 1962, 1, 425.

91. HENDERSON (D.) et GILLESPIE (R.-D.).
Manuel de Psychiatrie pour les étudiants et les praticiens.
Traduit de l'anglais par Anzieu. 2 vol., 771 p., Presses Univers. de France édit., Paris 1955.
92. HOFF (H.) et ARNOLD (O.-H.).
Au sujet de la thérapie de la schizophrénie.
L'Encéphale 1955, 1, 1.
93. HYVERT (M.), FAGARD (H.) et HUCHON (J.).
Premiers résultats du traitement par la chlorpromazine d'un nombre important de malades chroniques.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 645.
94. IMPASTATO (D.-J.).
Effet de la chimiothérapie sur la fréquence de l'électrochoc.
(*The Am. J. of Psych.* 1962, 16, 387.)
95. JOSSE (G.) et LAVOINE (M.).
L'anxiété post-imipraminique. Sa phénoménologie. Son traitement.
Gazette Méd. de France 1961, 68, 193.
96. JUILLET (P.), DOREY (R.), COREAU (P.) et RANCUREL (G.).
Action de la trimépropimine (7162 RP) dans certains états névrotiques.
Ann. Méd. Psych. 1962, 1, 586.
97. KIFFEL (M.).
Traitement de délirants chroniques par des cures alternées de chlorpromazine et d'électrochochothérapie confusionnelle.
Thèse Méd., Strasbourg, 1957.
98. LABOUCARIE (J.) et BARRES (P.).
Les aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale (d'après 50 observations).
Evol. Psych. 1954, p. 119.
99. LABOUCARIE (J.), BARRES (P.) et RASCOL (A.).
L'action de la chlorpromazine dans le traitement des psychoses délirantes systématisées et des schizophrénies
Colloque Intern. Chlorpromazine, Paris, 20-22 octobre 1955.
L'Encéphale, 1956, n° spécial, Doint édit., p. 391.
100. LABOUCARIE (J.), LACASSIN (P.) et BARRES (P.).
La cure de Sakel est-elle encore justifiée ? Comparaison des résultats de l'insulinothérapie et des cures neuroleptiques associées aux électrochocs dans les schizophrénies aiguës.
Ann. Méd. Psych. 1960, 1, 21.
101. LABOUCARIE (J.), RASCOL (A.) et BENICHOU (L.).
L'action de la chlorpromazine dans les schizophrénies.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 751.
102. LACASSIN (P.).
Psychoses délirantes aiguës et problème des schizophrénies aiguës.
Thèse Méd., Toulouse, 1959.
103. LAMBERT (P.-A.).
L'Amitriptyline.
In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson édit., Paris 1963.

104. LAMBERT (P.-A.).
 La Lévomépromazine.
 In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson
 édit., Paris 1963.
105. LAMBERT (P.-A.) et GUYOTAT (J.).
 La Triméprimine.
 In « Actualités de thérapeutique psychiatrique », 1 vol., 367 p., Masson
 édit., Paris 1963.
106. LAMBERT (P.-A.), MAUREL (H.) et PERRIN (J.).
 Pratique thérapeutique de quelques dérivés récents de la phéno-
 thiazine utilisés en psychiatrie.
 Entretiens franco-Allem. de Thérap. Psych., Lyon, 1959.
 La Revue Lyonn. de Médecine, 1960, n° spécial, 15.
107. LAPIPE (M.) et RONDEPIERRE (J.).
 Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'élec-
 trochoc.
 1 vol., 375 p., Maloine édit., Paris 1947.
108. LAURAS (A.).
 Les malades agités.
 La Revue du Praticien, 1962, XII, 3271.
109. LEOVICI (M.-S.).
 Un cas de schizophrénie. Discussion étiologique, Effet de plusieurs
 centaines d'électrochocs.
 Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 413.
110. LECOMTE (G.), CERTHOUX (A.) et GARRABE (J.).
 Efficacité de la prochlorpémazine à doses modérées dans les états
 d'excitation.
 Ann. Méd. Psych. 1957, 1, 922.
111. LECONTE (M.).
 Etude clinique et traitement du mutisme en médecine psychiatrique.
 Ann. Méd. Psych. 1962, 1, 885.
112. LEREBoullet (J.).
 Le Delirium tremens.
 La Revue du Praticien 1962. XII, 3293.
113. LEYRIE (J.).
 Contribution à l'étude discriminative au laboratoire et en clinique des
 neuroleptiques et tranquillisants.
 Thèse Méd., Paris, 1961.
114. LOO (P.), Mlle ELOY (G.), et DUFLot (J.-P.).
 Les névroses.
 Ann. Méd. Psych. 1957, 2, 663.
115. MANS (J.), SENES (M.) et AJZENBERG.
 Au sujet d'une année d'application de thioridazine en milieu psy-
 chiatrique (300 observations).
 Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 778.
116. MARCHAND (L.).
 Maladies mentales.
 1 vol., 435 p., Amédée Legrand édit., Paris 1939.

117. MASSON (A.), RAPPARD (Ph.) et DAMEY (E.).
L'électrochocthérapie intensive chez les délirants chroniques : résultats thérapeutiques et perspectives pathogéniques.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 40.
118. MAUREL (H.) et PERRIN (J.).
Note sur l'utilisation du 7843 RP en thérapeutique psychiatrique.
Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy, déc. 1959.
119. MAUREL (H.), Mlle WILHEM et SPIELMANN (J.-P.).
Essai thérapeutique de la résépine en psychiatrie hospitalière.
Conc. Méd. 1955, 77, 3351.
120. MICHAUX (L.) et DUCHE (D) de Paris et PERPINIOTIS d'Athènes.
Etude pharmacodynamique, clinique et thérapeutique du G 22.355 en pédo-psychiatrie.
C.R. du Troisième Congrès Mondial de Psych. 1961, II, 927.
121. MICHON (P.) et THIEBAUX (M.).
Electrochoc en cure libre chez les petits déprimés et obsédés.
Revue Méd. de Nancy 1951, CLXXVI, 586.
122. MILETTO (G.) et VALLADE (L.).
Un nouveau tranquillisant efficace : l'I.S. 813.
La Sem. des Hôpit. 1960, 5, 311.
123. MILLON (R.), SCHNETZLER (J.-P.), AMEYE (C.) et LAMAND (J.-C.).
L'électrochoc et l'électronarcose sous hydroxydione en psychiatrie.
Lyon Médical 1962, 45, 26.
124. MIRAILLET (P.), TRILLET (M.) et VAUZELLE (J.-L.).
Action du méthyl-pentyl-carbamate ou 91 JD sur les états névropathiques.
Le Journal de Médecine de Lyon, 5 sept. 1962.
125. MONCEAUX (J.-P.).
Psychoses et halopéridol.
Thèse Méd., Paris, 1961.
126. MONCEAUX (A.), SUTTER (J.-M.), BARDENAT (Ch.) et PELICIER (Y.).
Deux ans de pratique des méthodes de choc avec prémédication.
Congrès des Méd. Alién. et Neurol., LIII^e session, Nice, 1955, Masson édit.
127. MONNEROT (E.) et BARRE (P.).
Centrophénoxine et toxicomanie héroïnique. Résultats préliminaires.
Ann. Méd. Psych. 1964, 1, 467.
128. MONNEROT (E.), CHANCEL (M.) et DANJARD (J.).
Contribution à l'étude et à la mise en évidence de l'action originale ambivalente d'un neuroleptique majeur : la thioridazine
Communic. Soc. Psych. du Sud-Est Méd. (Marseille), 14 nov. 1962.
129. MOUREN (P.), SERRATRICE (G.), SOULAYROL (R.) et ARDITTI (M.).
Etude clinique des effets thérapeutiques du statran en neuro-psychiatrie.
Sud Médical et Chirurgical 1963, 2.490, 32.
130. NAYRAC (P.), Mme ARNOTT (G.) et MILBLED (M.-G.).
L'association tofranil, sismothérapie sous narcose et curare dans le traitement de la mélancolie aiguë.
Congrès de psych. et de neurol. de Langue Française, LVIII^e session, Lille, 1960, Masson édit.

131. NEVEU (P.), DEROUET (E.) et Mme L'HERMIT (M.).
Indication de l'électrochoc simple et cumulatif et de l'hibernation dans les psychoses aiguës des alcooliques.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 557.
132. PASQUET (P.), LANGLOIS (M.) et VERCEL (R.).
Essais de traitement des états dépressifs par le G 22.335 (Tofranil).
Ann. Méd. Psych. 1959, 1, 377.
133. PELISSIER (H.), MINVIEILLE (J.) et DUTARTE.
Association chlorpromazine-électrochocs en thérapeutique psychiatrique. Observations cliniques et électro-encéphalographiques.
Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
Séance du 8 juillet 1955.
134. PERRIN (J.) et CERTHOUX (J.).
A propos de la sismothérapie électrique dans les névroses.
Ann. Méd. Psych. 1957, 1, 501.
135. PERSIC (N.) et HRCKO (de Zagreb).
Sur l'emploi simultané de l'électrochoc et de l'insuline dans le traitement des maladies mentales.
Neuropsitrijatrija, Zagreb, vol. 7., n° 1-2, p. 64.
In *Ann. Méd. Psych.* 1959, 2, 965.
136. PLAUCHU (M.) et GABRIELLE (R.).
De l'intérêt de la Réserpine dans les agitations psychomotrices des alcooliques.
La Revue de l'Alcoolisme 1962, 8-3, 227.
137. POMME-PLANCHE (R.), GIRARD (J.) et RIGAL (J.-P.).
Syndrome psychotique et délires aigus.
Clermont Médical, 1963, supplément annuel, 111.
138. POROT (A.).
Manuel alphabétique de psychiatrie.
1 vol., 560 p., Presses Univers. de France édit., Paris 1960.
139. POROT (M.).
Electrochocs et cardiopathies.
Ann. Méd. Psych. 1955, 2, 814.
140. POROT (M.) et BISQUERRA (E.).
Deux mille électrochocs sous anesthésie et succinylcholine
Ann. Méd. Psych. 1957, 2, 550.
141. POROT (M.) et COHEN-TENOUDJI (A.).
Tuberculose et traitements psychiatriques de choc.
Ann. Méd. Psych. 1955, 1, 377.
142. POSTEL (J.) et COSSA (P.).
Essais cliniques du chlorure de succinylcholine dans la prévention des incidents de l'électrochoc.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 523.
143. PUJOL (R.), Mme PACHE (D.), BILLE (J.) et CHABERT (G.).
Anorexie mentale évoluant depuis douze ans Guérison symptomatique par sismothérapie.
Ann. Méd. Psych. 1964, 1, 471,
144. RACAMIER (P.-C.), et BAUDRAND (C.).
L'association du dolosal et de la chlorpromazine dans le traitement des états maniaco-dépressifs
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 450.

145. RACAMIER (P.-C.), BLANCHARD (M.) et BAUDRAND (C.).
Les cures prolongées de chlorpromazine dans les états schizophréniques.
Colloque Intern. Chlorpromazine, Paris, 20-22 oct. 1955.
L'Encéphale, 1956, n° spécial, Doin et Cie édit.
146. RADOVICI (A.) et WERTHEIM (N.).
L'électrochoc comme traitement des douleurs irréductibles (causalgie, névralgie rebelle, douleurs des morphinomanes, crises subintrantes tabétiques).
Presse Méd. 1949, 53, 755.
147. REQUET (A.) et BANGE (C.).
Le déclin des ganglioplégiques.
Ann. Méd. Psych. 1958, 2, 805.
148. RIGAL (J.), MALET (P.) et FLORENTIN (M.).
Quelques considérations au sujet de 300 cures de Chlorpromazine dans les psychoses et les névroses
Colloque Intern. Chlorpromazine, Paris, 20-22 oct. 1955.
L'Encéphale, 1956, n° spécial, Doin et Cie édit.
149. ROBERTS (A.-H.).
La valeur de l'électrochoc dans les délires aigus.
(*The British Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 462, sept. 1963, p. 653-655).
In *Ann. Méd. Psych.*, 1964, 1, 524.
150. ROKHLENKO (S.-Z.).
Sur le traitement du délire aigu.
(*Korsakoff* 1961, t. 61, n° 3, p. 426-427).
In *Ann. Méd. Psych.* 1961, 2, 617.
151. RONDEPIERRE (J.).
Discussion de la communication de Neveu.
Ann. Méd. Psych. 1954, 2, 559.
152. RONDEPIERRE (J.).
Psychoses dépressives chez les gens âgés.
La Revue du Praticien 1963, XIII, 3045.
153. RONDEPIERRE (J.), HIVERT (Ph.), HONORE (B.) et VAUGELADE (S.).
Résultats favorables obtenus par les neuroleptiques dans les psychoses de fâcheux pronostic.
Ann. Méd. Psych. 1955, 2, 853.
154. RONDEPIERRE (J.) et OULES (J.).
Les associations insuline-électrochocs
Ann. Méd. Psych. 1950, 1, 65.
155. RONDEPIERRE (J.), ROPERT (R.), BIEGNER-PLICHT (M.), PIRET (J.), GARRABE (J.) et PEYROUZET (J.-M.).
La Perphénazine, phénothiazine pipérazinée.
La Presse Méd. 1963, 16, 809.
156. SCHERR (A.).
Chimiothérapie de la mélancolie.
II. Discussion.
Journée de thérapeutique psychiatrique, Vinatier, 23 mai 1959.
In *Journal de Médecine de Lyon*, n° spécial, p. 52.
157. SCHERRER (P.) et DERMENGHEM (J.-F.).
Note sur l'utilisation du 20-28 M.D. dans un groupe d'arriérés profonds.
Ann Méd. Psych. 1962, 1, 623.
158. SCHOTT (B.).
Les médications psychotropes en pratique neurologique.
Revue Lyonn. de Médecine 1962, n° spécial, 300.

159. SCHOTT (B.), BOURRAT (Ch.), TRILLET (M.), MIRAILLET (P.) et Mlle BADY.
Etats dépressifs d'allure pseudo-déméntielle avec images d'atrophie cérébrale, d'évolution curable.
Ann. Méd. Psych. 1963, 2, 634.
160. SCOURAS (P.).
Anorexie mentale traitée par électrochoc et narco-analyse.
Ann. Méd. Psych. 1951, 1, 674.
161. SCHOOR (M.) et ADAMS (F.-H.)
De l'électrochothérapie intensive chez des malades agités, atteints de psychose chronique
Ann. Méd. Psych. 1953, 1, 738.
162. SOULAIRAC (A.), HALPERN (B.), MOREL (P.) et SCHAUB (S.).
Essai de traitement de certains syndromes délirants hallucinatoires chroniques par l'azacyclonol (Frenquel).
Ann. Méd. Psych. 1960, 2, 768.
163. STECK (M.), SCHNEIDER (G.) et SCHNEIDER (Cl.).
Le traitement des états dépressifs par le tofranil.
Ann. Méd. Psych. 1958, 2, 600.
164. STEVENSON (G.-H.) et GEOGHEGAN (J.-J.).
L'électrochoc prophylactique.
Ann. Méd. Psych. 1953, 2, 133.
165. THIEBAUX (M.).
Contribution à l'étude de l'efficacité des thérapeutiques modernes (Electrochoc. Cure de Sakel. Lobotomie) dans la schizophrénie.
Thèse Méd., Nancy, 1951.
166. THIEBAUX (M.) et BOYER (R.).
Le 4560 RP en thérapeutique psychiatrique à propos de quelques observations.
Ann. Méd. Psych. 1953, 2, 84.
167. THIEBAUX (M.), GERARDIN (J.-R.) et ROUSSEAU (G.).
Les incidents dus à la réserpine, fréquente apparition de signes extra-pyramidaux.
Ann. Méd. Psych. 1956, 1, 98.
168. VERMOREL (H.), VERMOREL (M.), PARTCHAM (F.) et PARTCHAM (M.).
Les neuroleptiques en psychiatrie.
(A propos de 300 observations.)
Entretiens Franco-Allem. de Thérapeutique Psych., Lyon, 21-22 nov. 1959.
In *La Revue Lyonnaise de Médecine*, n° spécial, sept. 1960, p. 63.
169. VOLMAT (R.) et BEAUDOIN (J.-L.).
Premiers essais cliniques d'un nouveau neuroleptique non phénothiazinique en psychiatrie : le Prothipendyl ou Dominal
La Semaine des Hôpitaux, 1961, 60, 2910.
170. WILCOX (P.-H.) et WILCOX (K.-W.).
Thérapeutiques physiodynamiques. 1^{re} partie : les thérapeutiques de choc.
Progress in Neurology and Psychiatry 1956, XI, 401.
In *Ann. Méd. Psych.* 1958, 1, 198.
171. WOLFF (G.).
Résultats de quatre années de traitement actif de malades mentaux chroniques; importance de la continuation de l'E.C.T. individuel.
(*The Am. Journ. of Psych.* 1957, 114, 453.)
In *Ann Méd. Psych.* 1958, 1, 988.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
------------------------	---

CHAPITRE I

LA GRANDE EPOQUE DE L'ELECTROCHOC

HISTORIQUE DE L'ELECTROCHOC THERAPIE	5
Les travaux anciens	5
L'invention de l'électrochoc	7
MODES D'APPLICATION DE L'ELECTROCHOC	9
Electrochoc et insuline	10
Electrochoc et prémédication	10
Conduite de la cure classique	12
L'Electrochothérapie intensive	13
Etude des acroagonines de CERLETTI	15
INDICATIONS DE L'ELECTROCHOC	16
1.) Sismothérapie et syndromes maniaco-dépressifs	16
2.) Sismothérapie et syndromes schizophréniques	18
3.) Sismothérapie et psychoses confuso-oniriques	18
4.) Sismothérapie et délires	19
5.) Sismothérapie et épilepsie	19
6.) Sismothérapie et psychonévroses	20
7.) Applications extra psychiatriques	21
Conclusion	23

CHAPITRE II

LA CONDAMNATION PAR LA CHIMIO THERAPIE

HISTORIQUE DE LA CHIMIO THERAPIE	27
THERAPEUTIQUE MILLENAIRE	27
THERAPEUTIQUE DE L'EPOQUE CONTEMPORAINE	30
PREMIERE ETAPE : LA CHLORPROMAZINE	31
Son historique	31
Ses indications	32
DEUXIEME ETAPE : LA RESERPINE	36
Sa découverte	36
Ses indications psychiatriques	36
TROISIEME ETAPE : LES NOUVEAUX NEUROLEPTIQUES	39
DERIVES DE LA PHENOTHIAZINE	39
LES NEUROPELTIQUES INCISIFS	39
La Prochlorpémazine	39
La Thiopropérazine	40
La Trifluopérazine	41
La Perphénazine	42

LES NEUROLEPTIQUES SEDATIFS ET TRANQUILLISANTS ..	43
L'Alimémazine	44
La Lévomépromazine	44
L'Acépromazine	45
La Thioridazine	46
Le Chlorprothixène	47
Le Prothipendyl	48
La Fluphénazine	48
La Propériciazine (Neuleptil)	49
LES BUTYROPHENONES	52
L'Halopéridol	52
Le Tripéridol	53
L'Haloanisone	53
QUATRIEME ETAPE : LES TRANQUILLISANTS	56
Le Méprobamate	57
Le Chlordiazepoxide	57
Le Dioxaboranne	58
Le Carbamate de Methylpentynol	58
Le Methyl-Penthyl-Carbamate	59
L'Azacyclonol	60
La Fluoresone	60
CINQUIEME ETAPE : LES ANTIDEPRESSEURS	62
LES DERIVES DE L'IMINODIBENZYL	63
L'Imipramine	63
La Triméprimine	64
L'Amitriptyline	66
LES INHIBITEURS DE LA MONO-AMINE-OXYDASE	67
L'Iproniazide	67
L'Isocarboxazide.	69
La Nialamide.	68
La Phénélzine	69
Le P.C. 603	69
L'Hydrazino-octane	70
La Tranylecypromine	71
La Centrophénoxine	71
La Phényl-imino-oxo-oxazolidine	72
L'Amino-éthyl-isothiuronium	72
Conclusion.	73

CHAPITRE III

BILAN ACTUEL DE L'ELECTROCHOCOTHERAPIE

SYNDROMES D'EXCITATION	77
Manie aigue	77
Autres états d'agitation	83
SYNDROMES DEPRESSIFS	85
Dépression modérée	85
Dépression mélancolique	87
Dépression sénile	97

SYNDROMES SCHIZOPHRENIQUES	98
Schizophrénies aiguës	99
Schizophrénies chroniques	111
SYNDROMES CONFUSO-ONIRIQUES	121
Les bouffées délirantes	121
Les états confusionnels	130
Le délire aigu	139
Le délirium tremens	147
DELIRES CHRONIQUES	159
SYNDROMES PSYCHONEVROTiques	168
La névrose d'angoisse	168
L'hystérie	170
La névrose phobique	173
La névrose obsessionnelle	174
L'anorexie mentale	176
Les toxicomanies	178
LES PSYCHOSES PUERPERALES	182
LES MALADES « CHRONIQUES »	188
Conclusion	191

CHAPITRE IV

INTERET ACTUEL DE L'ELECTROCHOC

DOMAINES	194
DOMAINES OU L'ELECTROCHOC EST ABANDONNE	195
DOMAINES OU L'ELECTROCHOC JOUE UN ROLE D'APPOINT	195
1.) Les syndromes maniaques	195
2.) Les dépressions modérées	195
3.) Les schizophrénies anciennes	196
4.) Les bouffées délirantes	196
5.) Les états confusionnels	196
6.) Les états psychonévrotiques	196
7.) Les malades internés à vie	198
DOMAINES OU L'ELECTROCHOC GARDE UNE PRIORITE	
ABSOLUE	198
Electrochoc et mélancolie	198
Electrochoc et délirium trémens	200
Electrochoc et délire aigu	201
Electrochoc et délires chroniques	201
Electrochoc et psychoses puerpérales	203
Electrochoc et schizophrénies aiguës	203
CONCLUSIONS GENERALES	204
BIBLIOGRAPHIE	207

VU :

Lyon, le 26 Mai 1964
Le Président de Thèse,
J. DECHAUME.

VU ET APPROUVE :

Lyon, le 26 Mai 1964
Le Doyen,
J. CIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 Mai 1964
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

